

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO
Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assignatura Por 1 anno 30\$000. Por 2 annos 50\$000

Vol. XXXV Junho de 1938 N. 6

O que ha de novo no tratamento do diabete (*)

Impressões da Allemanha

Dr. F. Cintra do Prado

Chefe de Clínica na Policlínica de São Paulo.

A grande conquista do ultimo anno na therapeutica do diabete mellito foi a descoberta da Zinco-Protamina-Insulina. Mas em toda parte aonde chega esta noticia e onde se leem os resultados dos primeiros ensaios em larga escala do novo medicamento, chegam tambem rumores falsos sobre a sua efficacia, ora com phantasias ora com pessimismo — como sóe acontecer em casos analogos. Medico ou doente, sempre se quer saber ao exacto o valor do novo producto e, principalmente, até onde elle revolucionou ou pode alterar os termos do problema therapeutico de molestia tão espalhada como o diabete.

Foi este o motivo pelo qual julguei opportuno trazer á Sociedade um depoimento despretencioso sobre a Z. P. I., depois que a vi experimentada, com largueza e segurança, em clinicas especializadas de Vienna e de Berlim. Não farei, entretanto, uma dissertação que só poderia interessar aos familiarizados com a materia. A minha palestra será antes um relato noticioso,

(*) Communicação feita á Sociedade de Medicina de S. Paulo em 5-5-1938,

de ordem geral, em que terei de lembrar, para maior clareza, algumas noções fundamentaes, que parecem ás vezes abaladas por trabalhos demais entusiasticos. A' luz destas noções — que são verdadeiras premissas — e de um rapido historico, apreciarei então o valor da Z. P. I., realçando assim o que ha effectivamente de novo sobre o assumpto.

* * *

Desde tempos remotos até 1922 o tratamento do diabete era essencialmente dietetico e de efficacia relativa. Desse anno para cá, com a descoberta do hormonio pancreatico, o tratamento passou a ser mixto, dietetico-medicamentoso e o emprego adequado da insulina conseguiu elevar a efficacia therapeutica a um grão quasi absoluto.

O diabete muito raramente se cura, isto é se extingue definitivamente por força do tratamento (6 casos sobre 3000, numa estatistica de Umber) mas quasi todos os doentes, mesmo os graves e os irremediaveis de outrora, si convenientemente tratados, não apresentarão temporariamente symptomas nem signaes da doença e ficarão ao abrigo de riscos e complicações, graças sobretudo ao uso da insulina.

Até hoje não se descobriu outro modo de administrar effizazmente a insulina que não seja por meio de injeções. A administração por via buccal de qualquer preparado contendo insulina é inutil; apesar de todos os subterfugios experimentados, ella não escapa á acção destruidora dos fermentos digestivos. Por outro lado, a via rectal não apresenta a mesma e necessaria segurança das dosagens como nas injeções.

Sabidamente ha casos de diabete leve que dispensam o emprego da insulina. Em outros, ella pode ser substituida por substancias hypoglycemiantes do grupo da guanidina ou das glycoquininas, que attenuam o rigor da dieta. Mas nos casos de media intensidade ou graves, com tendencia á acidose, a insulina é indispensavel e só com ella se consegue prevenir ou removed os grandes symptomas e as complicações da molestia.

Desde que Banting e Best, isolando o hormonio secretado pelas ilhotas de Langerhans, tornaram possivel o emprego therapeutico da insulina, muitas foram as tentativas para melhorar o producto (pureza, conservação, concentração, etc.). Muitos accidentes eram devidos certamente á má fabricação, entre os quaes recordarei um caso de atrophia muscular, communicado pelo Dr. Figgliolini e por mim á Associação Paulista de Medicina em 1933, e que é unico na literatura. Estes accidentes desapareceram quasi que totalmente. Hoje em dia, pelas condi-

ções do seu preparo, póde-se dizer que a insulina é um producto puro e de emprego fiel. Por outro lado, ninguém mais discute o seu valor soberano na therapeutica do diabete mellito, cujo prognostico ella modificou completamente. Mas mesmo nestes casos, a insulina apresentava e apresenta algumas desvantagens, sobretudo no que se refere á rapidez de sua absorpção e á transitoriedade do seu effeito — o que, de um lado, provoca frequentes crises de hypoglycemia e, de outro, difficulta o seu emprego nos doentes sensíveis, que necessitam de grandes doses ou de injecções repetidas e sempre reagem á qualquer excesso do medicamento. D'ahi o empenho dos pesquisadores em obter uma insulina de acção retardada, a chamada "insulina deposito", que embora não supprisse exactamente a funcção do pancreas, ao menos seria parcelladamente utilizada. Neste sentido foram feitos então numerosos ensaios.

Tentou-se, por primeiro, a suspensão da insulina num meio lentamente absorvível. Dentre varios typos experimentados provou melhor a *Insulina - Durante*, fabricada em 1936 pela I. G. Farbenindustrie e estudada principalmente por Umber e seus colaboradores, os quaes notaram os mesmos inconvenientes do *Lypensyl*, por elles usado em 1931: frequentes abscessos no local das injecções, dores, absorpção irregular, etc.

Falhou igualmente o emprego da insulina associada ao sulfato de magnésio, que frenaria a acção d'aquella. Experimentou-se ainda a addicção á insulina de substancias vaso-constrictoras (adrenalina, ephetonina, extracto do lóbo posterior da hypophyse, etc.) que retardariam localmente a passagem do medicamento para o meio circulante. Deste ultimo grupo são mais conhecidas a *Insulina-adrenalina* Novo e a *Insugerman* Brunnengraber com extracto hypophysario, lançadas em 1936. A pratica, entretanto, não corroborou as vantagens theoricas apregoadas pelos fabricantes e taes productos, de difficil manejo (as injecções deviam ser rigorosamente sub-cutaneas) foram logo abandonados.

Nos ultimos annos, Miescher e depois Kossel e seus auxiliares separaram das substancias albuminoides outras bem definidas do ponto de vista physico-químico, que passaram a constituir o grupo das *protaminas*. Em 1935, o dinamarquez Hagedorn conseguiu a combinação da insulina com mono-, di- e tri-protaminas obtidas do esperma de peixe. Uma vez injectada, esta suspensão homogenea fica, insolúvel, depositada nos tecidos e só aos poucos, graças á actividade cellular, ella é reparada nos seus componentes; a insulina assim libertada ganha a circulação, de forma lenta e regular, mas devido a multiplos factores, com velocidade desigual para cada individuo (fermentos, pH etc.). A esta insulina, cuja descoberta marcou a nova,

actual éra da therapeutica do diabete, foi dado o nome de *Pro-tamina-Insulina* (P. I.) e foi outro dinamaquez Krarup, quem primeiro se manifestou sobre os bons resultados do medicamento.

* * *

Embora o seu emprego na pratica seja relativamente recente, pôde-se offirmar que a P. I. foi um grande passo no tratamento do diabete e, sem duvida, o maior depois da descoberta de Banting e Best. Ella tem as mesmas indicações geraes da primitiva insulina, mas apresenta sobre esta as seguintes vantagens.

(1) *Menor numero de injeções.* Nos casos medios, que demandam de 40 a 60 unidades de insulina, basta uma injeção diaria nesta dóse; nos graves, de 90 - 100 unidades, só duas. Para as creanças esta vantagem é mais evidente: mesmo nas formas graves, apenas uma injeção ou, pelo menos, a da noite é dispensada.

2) *Maior efficacia.* Uma unidade de P. I. determina o aproveitamento de 2-3 grs. de hydratos de carbono (em vez de 1-2 grs. como a antiga). Ha não só uma economia de 20-40 % na quantidade de insulina como tambem se poderá augmentar até de 60 % a quantidade de hydrocarbonados na dieta. Vi, por exemplo, um doente que recebia diariamente 120 unidades da antiga insulina e 72 grs. de hydratos de carbono, passar a receber 92 unidades de P. I. e 120 grs. de hydratos de carbono e manter-se no mesmo perfeito equilibrio nutritivo.

3) *Maior tolerancia.* São agora muito raros os casos de difficuldade na dosagem da insulina. Com o antigo producto, a dose necessaria para fazer desaparecer a glycosuria determinava frequentemente o choque hypoglycemico. Com a P. I. a hypoglycemia é evitavel; a absorpção do medicamento faz-se lentamente; os seus effeitos começam 2-3 horas após a injeção, são graduaes e morosos, attingem ao maximo no fim de 10-12 horas, persistem até 18-20 horas. Geralmente se faz a injeção de P. I. pela manhã e o doente receberá na refeição da tarde a maior porção de hydratos de carbono.

Os phenomenos locaes (dores, lipatrophia) e os geraes (urticaria) parecem egualmente mais raros.

A passagem do tratamento com a antiga insulina para o tratamento com a P. I. não offerece difficuldades. Umber começa sempre com a antiga e, ao fim de alguns dias, estabelecida a dose necessaria para uma dada quantidade de hydratos de carbono, passa immediatamente para a P. I. conservando a mesma ração hydrocarbonada mas diminuindo de 20 % a dose do medicamento.

* * *

Nas clinicas europeas é hoje de uso corrente a *P. I. Retard Leo*. Mas a Protamina-Insulina tem uma desvantagem. Por se tratar de producto de difficil conservação por mais de um mez, ha de se ajuntar na occasião do emprego, a cada empola de 5 cc. de *P. I.* um centimetro cubico de phosphato de sodio, o qual precipita a insulina sob a forma de protaminato e a deixa em suspensão homogenea, com pH igual ao dos tecidos. Este accrescimo é uma complicação no manejo e, além disso, altera a dosificação do medicamento pois cada cc. de insulina não terá mais 40 unidades (como de *commum*) e sim apenas 33.

Para se obviar a estes inconvenientes creou-se a Zinco-Protamina-Insulina (*Z. P. I.*), que é agora, no tratamento do diabete, o mais moderno dos medicamentos. Qual a differença entre estes 2 ultimos productos? Muito simples. Accrescenta-se 1 millgr. de Zinco, sob forma de $ZnSO_4$, a cada 500 unidades de *P. I.* (toda insulina contem sabidamente traços de zinco). Este accrescimo mantem o producto inalterado por muitos mezes e, segundo varios autores, retarda mais ainda a acção do medicamento. A empola já está prompta, basta agita-la bem antes do uso, e a insulina geralmente é exacta e duplamente concentrada, isto é, 40 unidades por cc. As mais empregadas são a norte-americana Lilly e a dinamarqueza Leo, que não são, de resto, absolutamente eguaes: ambos contêm Mg, Si, Ca e traços de Al e Ag, entretanto a *Z. P. I.* Lilly contém mais Fe, Cu e Zn do que a Leo.

Tive oportunidade de acompanhar o emprego da *Z. P. I.* nas clinicas de Umber (Berlim) e de Falta (Vienna). Tem todas as vantagens da *P. I.* a que me referi ha pouco, sendo ainda discutivel si mais accentuadas. Não obstante, as indicações e o emprego de ambas obedecem ás mesmas normas.

Procura-se ainda um aperfeiçoamento maior da insulina? Sim. No serviço de Umber experimenta-se actualmente uma nova combinação da insulina com substancias colloides, que teria as mesmas vantagens da *Z. P. I.* e seria de preparo mais facil e economico.

* * *

Com o emprego do *P. I.* e da *Z. P. I.* alterou-se apenas parcialmente o tratamento dietetico do diabete, o qual continúa entretanto a ter como base o "repouso" e não o "exercício" do pancreas doente. Não me refiro aqui á proposta de alguns autores no sentido de se modificar no regimen as proporções de gorduras, proteínas, hydratos de carbono, vitaminas, etc.; de se fazer temporariamente o augmento de uma ou outra destas substancias; de se tentar periodicamente o regimen exclusivo de certa categoria de alimentos ou de se tactear com uma dieta em

zig-zag. Todas estas propostas continuam a ter os seus adeptos e ainda não se abateram ou se exaltaram com a descoberta das novas insulinas.

O que agora ha de novo é — conforme já referi — consequência da acção destas insulinas, cujo emprego permite em todo caso um regimen menos severo, mais agradável aos doentes, com maior proporção assucarada na dieta. Tem-se observado com effeito que os diabeticos toleram quantidades relativamente grandes de alimentos hydrocarbonados, com doses medias de P. I. e sem apresentar glycosuria. O regimen outrora *standard* no serviço de Umber, com 48 ou 60 grs. diarias de hydratos de carbono (4 ou 5 porções) passou agora a ser de 108 ou 120 grs. (9-10 porções da sua conhecida *tabella de equivalentes*).

* * *

Não se deve exaggerar o valor das novas conquistas, embora representem sem contestação um grande progresso na therapeutica do diabete e, de modo geral, no emprego da insulina em outras eventualidades clinicas. A antiga insulina continuará não obstante a ser preferida nos casos em que se requer um effeito immediato, como por ex. no coma diabetico que exige absorpção rapida de doses massiças (Falta empregou recentemente 3.800 unidades em 24 horas num diabetico com pneumonia!).

Não se póde tambem, por outro lado, desconhecer ou menosprezar as vantagens reaes dos novos medicamentos, que vêm vencendo nos rigorosos ensaios de tantos especialistas.

O estado actual desta questão poderá ser resumido na affirmativa de que “a Protamina-Insulina e a Zinco-Protamina-Insulina constituem um progresso no tratamento do diabete mellito, reduzindo o numero e os inconvenientes das injecções, augmentando a tolerancia dos doentes, e alliviando a dieta ainda e sempre necessaria”.

Endereço: Rua Quintino Bocayuva, 54.



Torção tubaria (*)

Drs. Domingos Delascio

e Linneu Silveira

Assistentes da Escola Paulista de Medicina.

A) Considerações geraes.

Multiplas são as gynecopathias que podem determinar abdomen agudo, algumas relativamente frequentes, outras excepcionalmente raras. Entre as primeiras encontramos a prenhez ectopica (ruptura tubaria ou aborto tubario), ruptura de pyosalpingio, ruptura de cysto, cysto do ovario com torção do pediculo, hemorragias ovarianas, folliculares ou luteinicas. Entretanto, si o cirurgão ou o gynecologista tem oportunidade de observar estes casos mais frequentes, o mesmo não succede com outras gynecopathias que determinam abdomen agudo, porém, com uma incidencia menor. Queremos nós referir áquelles casos de torção dos fibromyomas uterinos (torção axial ou pedicular) e de torção tubaria. Com effeito, entre as gynecopathias que podem eventualmente occasionar um quadro clinico de abdomen agudo, encontra-se a torção tubaria. Essa torção pode se manifestar em trompa clinica e histopatologicamente normal, mas, a torção tubaria ocorre mais frequentemente em trompas trabalhadas primitivamente por processos pathologicos. E' principalmente para este ultimo caso que o gynecologista deve fazer convergir as suas observações. Não queremos com isso affirmar que não exista torção em trompa sã, porém, esses casos só devem ser assim classificados, após um estudo clinico e histopathologico preciso e systhematico. Principalmente o estudo histologico da trompa, mais do que os dados clinicos, deve ser considerado nessa eventualidade. Segundo esse conceito, as torções em trompas normaes devem ser encaradas com muito cuidado, para não chegarmos á conclusão de muitos autores, que fazem esse diagnostico sem o necessario subsidio histopathologico, baseados somente na apreciação clinica. As torções da trompa normal ou pathologica têm sido bastante estudadas. Assim a escola francesa, represen-

(*) Trabalho apresentado na Secção de Obstetricia e Gynecologia da Associação Paulista de Medicina. (Novembro de 1937).

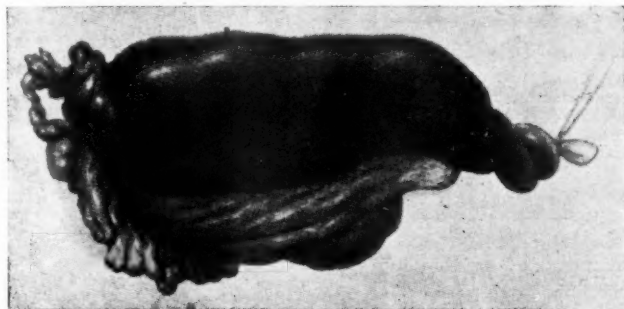
tada por Michon, Bernard, Regard, Guimbellot, Auvray, dedicou-se a intenso e profundo estudo desta affecção. Essa escola, da qual são expoentes maximos Michon, Auvray e Regard, observou numerosos casos dessa fôrma morbida, com tendencia accentuada a classificar os seus casos em trompa, ou melhor, anexo são, chegando mesmo alguns a relatar as suas observações como anexo normal, apesar do resultado histopathologico evidenciar lesões tubarias. A escola americana representada principalmente por Casagrande, Anspach, assim como a escola argentina por Bengolea, Ahumada, Prestini, Boero, Vila y Viriot, estudaram tambem com bastante precisão a torção tubaria, catalogando quasi todos os seus casos como trompas pathologicas. A escola allemã (Schreiner, Watchel) contribuiu de uma maneira bastante intensa no estudo da torção tubaria, tanto da torção em trompa sã, como pathologica. Entre nós, a torção tubaria tambem tem sido bastante estudada; assim Clovis Corrêa, Cordovil, Fleury de Araujo, observaram torção em anexo normal. E' necessario frizar que o estudo histopathologico mais perfeito da torção tubaria foi feito pela escola franceza (Regard) e, entretanto, são os representantes desta escola que mais frequentemente fazem o diagnostico de torção em trompa ou anexo normal.

B) Classificações da torção annexial.

As varias classificações, de acôrdo com diversos criterios, podem ser assim eschematizadas:

- | | | | |
|--------------------------------|---|---|--|
| I) Segundo o organo | | $\left\{ \begin{array}{l} \text{a) tubaria} \\ \text{b) ovariana} \\ \text{c) tubo ovariana} \\ \text{ou mixta} \end{array} \right\}$ | $\left\{ \begin{array}{l} \text{unilateral} \\ \text{ou bilateral} \end{array} \right\}$ |
| II) Segundo o estado do organo | $\left\{ \begin{array}{l} \text{a) Anexo são.} \\ \text{(torção primaria de Darner)} \\ \text{(torção autonoma de Nicholson)} \\ \\ \text{b) Anexo pathologico} \\ \text{(torção secundaria)} \end{array} \right\}$ | $\left\{ \begin{array}{l} \text{Sactosalpingio} \\ \text{Gestação ectopica} \\ \text{Inflamações} \\ \text{Neoplasmas.} \end{array} \right\}$ | $\left\{ \begin{array}{l} \text{Hydrosalpingio} \\ \text{Hematosalpingio} \\ \text{Pyosalpingio} \end{array} \right\}$ |
| | III) Segundo a evolução $\left\{ \begin{array}{l} \text{a) Aguda} \\ \text{b) Sub-aguda} \\ \text{c) Chronica.} \end{array} \right.$ | | |
| IV) Segundo a localização | | $\left\{ \begin{array}{l} \text{a) Intra herniarias} \\ \text{b) Intra abdominaes.} \end{array} \right.$ | |

Destas multiplas classificações da torção annexial, as duas primeiras são as mais interessantes. Óra a torção pode se effectuar na trompa ou ovario isoladamente, óra ella é mixta ou melhor, tubo-ovariana. A torção é mais frequente em trompas pathologicas; os sactosalpingios (Hydro, Hemato e Pyosalpingio), a gestação ectopica, os processos inflammatorios e os neoplasmas facilitam a torção annexial. Os sactosalpingios são séde frequentemente de torções e podemos affirmar mesmo que a quasi totalidade de casos de torção tubaria ocorre em trompas com esta affecção. Bengolea, Ahumada e Arce observaram na Argentina alguns casos desta modalidade. Hydrosalpingio apresentavam as duas enfermas de Ahumada e as que citam numerosos auctores estrangeiros, entre elles Crossen. Já tem sido descripto por muitos auctores prenhez tubaria com torção; as-



Torção em trompa normal (De Lee).

sim em um caso de Nicholson coexistia com a torção tubaria uma gestação ectopica que, sem duvida, foi a determinante da torção. A frequencia com que a phlogose dos annexos contribue para phenomeno da torção, é assumpto bastante discutido. Segundo Rodolpho Varela, os processos inflammatorios não têm importancia etiopathogenica no volvulo annexial, porque provocam a formação de adherencias com os organs vizinhos, que reduzindo os deslocamentos da trompa, restringem a possibilidade de torção. Segundo Varela é necessario que a trompa seja volumosa, porém, livre de adherencias. Por outro lado, outros auctores, admittindo a theoria inflammatoria (endosalpingite ou perisalpingite) da formação do hydrosalpingio, dão accentuado valor aos processos inflammatorias da trompa. Os neoplasmas tubarios (conjunctivos, epithelae e teratomatosos) são extremamente raros, pois, Ahumada em vinte e cinco annos, só teve oportunidade de observar dois casos. Chavannaz, Warneck e Strogonoff observaram torções em trompas neoplasticas, affectadas respectivamente de leiomyoma, carcinoma e adenosarcoma.

C) Mechanismo das torções annexiaes.

Mechanismo	Annexos pathologicos	a) Theoria de Selheim.
		b) " " Monch.
		c) " " Fritsch.
		d) " " Frankl.
		e) " " Sigmund.
		f) " " da accomodação de Pajot (Clovis Correa).
		g) " " de Ruder.
		h) Peristaltismo intestinal.
		i) Esvaziamento rapido { bexiga. orgam cavitario. { utero. intestinos.
		j) Crescimento asymetrico do tumor.
	Annexos normaes.	Theoria hemodynamica de Payr.
		Causas predisponentes. {
		a) hypoplasia tubaria { trompa longa e serpiginosa (1). ligamentos relaxados.
		b) mesosalpinge longo { Trompa flutuante.
		c) extensão anormal lig. utero ovariano.
		d) extensão anormal lig. infundibulo pelvico.
		e) inserção anormal trompa no utero.
		f) congestões tubarias.
		g) disturbios peristaltismo tubario.
		h) enteroptose.
		i) traumatismo. (?)
		j) inflamações. (?)

Vemos pelo esquema que apresentamos as multiplas theorias que tentam explicar o mecanismo das torções annexiaes. Como elle bem evidencia, algumas existem referentes a annexos pathologicos, outras a annexos saos. Essas theorias foram estudadas pelos diferentes auctores que se dedicaram ao estudo da torção annexial. Entretanto elas foram muito bem synthetisadas entre nós principalmente por Clovis Correa da Costa.

Annexos pathologicos.

1) Theoria de Selheim:

Movimentos frequentes do corpo reflectido sobre o tumor ou, em outras palavras, transmissão ao anexo dos movimentos de rotação do corpo.

(1) Apesar da hypoplasia no processo pathologico, todos os auctores a consideram como causa predisponente de torção em anexo normal.

2) Theoria de Monch.

Deficiencia da parede abdominal anterior, augmento da pressão abdominal, insinuação de alças intestinaes provocando, de passagem, movimentação do tumor para fóra, culminando na torção.

3) Theoria de Fritsch.

Modificações de posição do tumor consequente aos movimentos de levantar e sentar, auxiliadas pela acção da massa intestinal.

4) Theoria de Frankl.

Sommação dos impulsos cardiacos.

5) Theoria de Sigmund.

Movimentação do tumor por effeito de contrações dos musculos recto anterior, grande, pequeno obliquo e transverso do abdomen.

6) Theoria da accomodação de Pajot.

Clovis Correa da Costa admite a theoria da accomodação de Pajot para explicar o mechanismo das torções annexiaes.

7) Peristaltismo intestinal.

8) Esvaziamento rapido organo cavitario.

9) Crescimento asymetrico do tumor.

Estas ultimas ideias são admittidas por muitos auctores que julgam possivel o volvulus annexial deante dessas eventualidades.

Annexos sãos.

Theoria hemodynamica de Payr.

Si a torção em annexos pathologicos parece de facil interpretação e multiplas theorias existem, o mesmo não succede com a torção dos annexos normaes.

Payr e outros experimentadores crearam a theoria hemodynamica que, segundo as noções mais recentes, é a unica que pôde explicar o mechanismo dessa eventualidade. Segundo Payr, a torção se effectua em consequencia da differença de tensão sanguinea nos vasos do pediculo; Payr e outros realizaram experimentalmente torções de varios organs enchendo as veias de liquido sob pressão, acarretando o enovelamento dessas veias em torno das arterias e obtendo posteriormente a torção do organo. E' pela theoria hemodynamica de Payr que o especialista está apto a comprehender a torção em annexo normal. Em determinados periodos physiologicos da vida da mulher (menstruação e gestação), pela intensa congestão tubaria que provocam, poderá haver a possibilidade de uma torção. Entretanto, grande

numero de causas predisponentes contribuem de maneira bastante nitida para a torção do anexo são. Michon, Auvray, Wachtel dedicaram-se intensamente ao estudo dessas ultimas causas, que são enumeradas no esquema acima.

D) Evolução das torções annexiaes.

Evolução	{	1) Distorsão expontanea.	
		2) Amputação do anexo	{ incompleta completa.
		3) Reabsorção annexial.	{ ausencia de annexos.
		4) Accidentes septicos.	{ abscessos pelvicos.

Este esquema nos dá ideia clara da evolução da torção annexial, quando abandonada. A distorção expontanea é possível, acompanhada de cura. Nas torções muito accentuadas quando existir bloqueio total ou parcial dos vasos do pediculo, ha necrose deste e, consequentemente, a amputação completa ou incompleta do anexo. Pode-se observar ainda que o anexo amputado e necrosado soffra um processo de reabsorção. Em casos clinicos de ausencia unilateral de annexos, devemos pensar sempre nesta possibilidade. O diagnostico differencial entre a ausencia unilateral congenita e a adquirida é extremamente facil conforme lembra Mattos, no seu trabalho "Ausencia unilateral de trompa e ovario". Neste trabalho, baseado na opinião da maioria dos auctores, elle nos affirma que, nos casos de ausencia unilateral de anexo dependente de um vicio ou melhor de uma inibição de desenvolvimento, não encontraremos o coto tubario que é signal pathognomonic da amputação e reabsorção annexial. Emfim, accidentes septicos podem complicar as torções annexiaes abandonadas á sua evolução, com formação de abscessos pelvicos.

E) Syntomatologia.

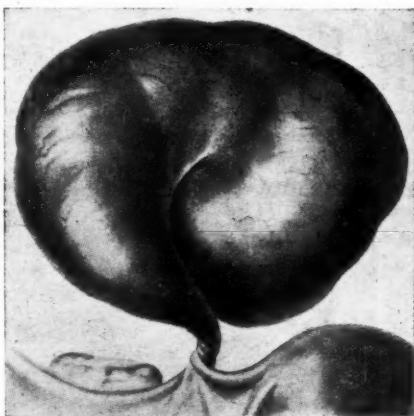
A symptomatologia da torção annexial depende essencialmente da sua forma clinica, aguda, sub-aguda ou chronica. São de maior interesse as fórmias aguda e sub-aguda, pois a torção chronica, admittem diversos auctores, pode decorrer sem manifestações clinicas que bem a definam, pois seu quadro clinico confunde-se com o de outras entidades pathologicas que tam-bem determinam abdomen agudo. Os symptomas em geral, descriptos pelos auctores, consistem em:

a) Dôr brusca em uma ou outra fossa iliaca, com propagação para o hypogastro e que se manifestam por crises isoladas, repetindo-se com maior ou menor intensidade. O symptoma dôr, como bem diz Varela, não falta nunca e, assignala esse

auctor, ter observado em todos os casos de torção annexial e, principalmente, de cysto do ovario a localização profunda da dôr na articulação sacro-iliaca e columna lombo-sacra.

- b) Signaes peritoniaes: vômitos, meteorismo e constipação.
- c) Disturbios urinarios reflexos.
- d) Symptomas menstruaes (metrorrhagia).
- e) Hyperthermia — 37 — 38°.
- f) Tachycardia.

Esses dois ultimos symptomas comportam-se de maneira variada: ora a temperatura é elevada, com pulso discordante, ôra mais frequentemente a hyperthermia é ausente e o pulso concorde.



Torção em trompa pathologica (De Lee).

Lepoutre faz observar que a crise aguda pode ser intercalada por periodos de acalmia absoluta, repetindo-se varios surtos agudos. Entre os symptomas objectivos encontramos o quadro classico e bem conhecido do abdomen agudo, comquanto em muitas observações não ha contractura parietal e só se comprova uma distensão dolorosa. Assignala Regard que é possivel pelo toque, pedra angular do diagnostico gynecologico, em certos casos sentir-se o tumor tubario dando este auctor grande valor a esse processo propedeutico. Segundo Benthin, tem grande importancia diagnostica o aspecto do liquido obtido por punção: nos casos de torção é de coloração vermelho escura, como no hematocele, porém muito mais transparente e fluido, por causa da mistura com exsudato. Entretanto, devemos concluir que

nada de característico existe nessa symptomatologia subjectiva ou objectiva que nos permita o diagnostico de torção tubaria. Esta entidade carece de um quadro nosologico proprio.

F) Diagnostico.

O diagnostico da torção tubaria é muito difficil ou melhor quasi impossivel. O cirurgião ou o gynecologista, deante de um abdomen agudo, pensará nos casos clinicos mais frequentes e por esse facto, na maioria das vezes, surpresa de laparatomia. Glodlewski admite a possibilidade de se fazer o diagnostico da torção da trompa. Entretanto Michon exprime a sua surpresa que o diagnostico de torção tubaria possa ser considerado facil, referindo sete casos de sua clinica sem nunca ter feito esse diagnostico antes da intervenção. Senechal affirma que numa mulher sem passado intestinal, que apresenta na vizinhança da menstruação, um estado abdominal cataclysmico, com reacção subumbelical, apparecendo bruscamente em plena saúde, com ausencia completa de reacção thermica e diminuição do pulso, deve-se pensar na possibilidade de uma torção tubaria. Em conclusão, podemos affirmar que esse diagnostico é extremamente difficil. Os proprios factos assignalados por Senechal foram contestados por outros auctores.

G) Diagnostico differencial.

Neste particular ha que pensar em:

- 1) Appendicite aguda.
- 2) Annexite aguda.
- 3) Prenhez ectopica.
- 4) Cysto do ovario com torção do pediculo.
- 5) Rupturo de cysto.
- 6 Hemorragias ovarianas { folliculares
 luteinicas.
- 7) Colica hepatica.
- 8) Colica renal.
- 9) Pyelite aguda.
- 10) Obstrucção intestinal.

Em geral esses estados morbidos referidos, com excepção da ruptura de folliculo ou de corpo amarello, apresentam um quadro clinico bem definido e o medico não especializado, o cirurgião e com maior razão o gynecologista estarão sufficientemente esclarecidos para o diagnostico. No diagnostico de torção tubaria, não apresentando esta entidade characteristics clinicas, elle resvala frequentemente, ou quasi sempre, para o das affecções acima citadas.

H) Prognostico.

O prognostico da torção tubaria em geral é bom, pois as pacientes são operadas precocemente dado o quadro alarmante desta afecção.

I) Therapeutica.

Determinando a torção tubaria quadro abdominal agudo, outro tratamento não comporta sinão o cirurgico. Levando-se em consideração que a distorção não suprime a possibilidade de recidivas, que a reabsorção dos productos resultantes da necrobiose dos tecidos é prejudicial ao organismo, como tambem pelo facto de o tumor estar sujeito á inoculação de germens migrados da vizinhança e por conseguinte á supuração, o tratamento deverá ser o menos conservador possivel. (Clovis Corrêa).

Este só é indicado nos casos de torção tubo-ovariana bilateral. Em geral o tratamento consiste na distorção seguida de salpingectomia.

OBSERVAÇÃO

M. S. Viuva. Brasileira. 32 annos. Domestica. 6/9/37.

Queixa: dôr forte na fossa iliaca esquerda, vomitos, prisão de ventre.

Molestia actual: Ha 7 annos vem apresentando a paciente dores discretas na fossa iliaca esquerda sem lhe trazerem entretanto perturbação apreciavel.

Iniciou-se a molestia com forte dôr na fossa iliaca esquerda, propagando-se para todo o abdome, porém com menor intensidade.

Acompanhando esta manifestação dolorosa, tem tido vomitos constantes, bem como occentuada prisão de ventre. Observou tambem a doente um tumor no abdome inferior, hypogastro e fossa iliaca esquerda, extremamente doloroso, impossibilitando-lhe qualquer movimento.

Antecedentes hereditarios: Sem interesse.

Antecedentes pessoais:

Teve as molestias peculiares á infancia. Menarca aos 12 annos, 3 dias de duração, quantidade regular, não dolorosa. Cyclo menstrual eumenorrheico. Ultima menstruação 26-8-37. Gestão 1. Parta o termo 1. Puerperio normal. Nêga corrimento.

Exame physico:

Individuo de constituição astenoptodico, pelle de côr parda com distribuição pilosa normal. Mucosas visiveis coradas. Ganglios laterocervicaes, axillares, epitrochleanos e inguinaes não palpaveis.

Tibialgia e sternalgia ausentes. Paniculo adiposo e tecido muscular regularmente desenvolvido. Arcabouço osseo bem conformado.

Exame especial:

Cabeça e pescoço nada de anormal. Thorax: aparelho respiratorio e circulatorio normaes.

Pressão arterial: Mx 11 Mn 7. Pulso 100.

Abdomen:

Pela inspecção do abdomen observa-se abaulamento na sua porção inferior, predominando na fossa iliaca esquerda. Pela palpação do abdomen superior nada de interessante, o mesmo não se verificando no abdomen inferior. Com effeito neste ultimo existe uma hyperesthesia manifestada como tambem contractura mais evidente na fossa iliaca esquerda. Consegue-se após pesquisas cuidadosas evidenciar nessa região uma formação tumoral, pela palpação, aliás bastante difficultada pelas manifestações dolorosas que provoca. Pela percursão discreto tympanismo. Pela palpação e percursão baço e figado nos seus limites normais.

EXAME GYNECOLOGICO

Genitais externos normaes. Genitais internos. Vagina permeavel a dois dedos, paredes de elasticidade normal.

Colo do utero voltado para a parede vaginal posterior, consistencia e superficie normaes, orificio externo em fenda transversa. Utero em ante-verso-flexão physiologica, discretamente dextro-vertido, consistencia normal, porém mobilidade bastante reduzida. Annexo direito não palpavel. Annexo esquerdo: consegue-se com alguma difficuldade, pelo toque combinado, sentir-se no fundo de sacco anterior e lateral esquerdo, uma formação tumoral de consistencia cystica cujos caracteres não puderam ser bem averiguados pela intensa dor que provoca esta manobra propedeutica.

Exame especular: colo normal.

Os resultados do exame abdominal e do gynecologico impõe-nos um diagnostico senão de certeza mas menos bastante provavel de cysto do ovario com torção do pediculo. Com esse diagnostico resolvemos laparotomizar a paciente.

Intervenção: Salpingectomy esquerda pelo processo de Fritsch Cullen, ligamento pexia (Pankow), appendicectomy.

Relato da intervenção. Laparotomia mediana infra-umbelical. Aberto o ventre reconhecemos o utero em ante-verso-flexão physiologica, ligeiramente dextro vertido. Annexo direito normal.

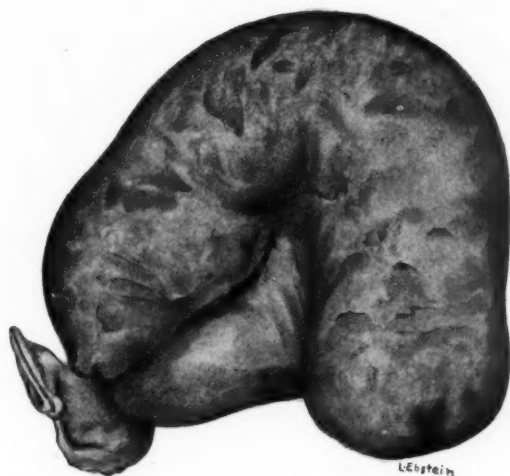
Annexo esquerdo: trompa esquerda torcida, do volume de uma pera e de cor vinhosa. A torção se fez no sentido dos movimentos dos ponteiros do relógio e foi de duas voltas. Effectuada a distorção essa foi seguida de salpingectomy. Em seguida appendicectomy.

Post operatorio: regular. Alta curada.

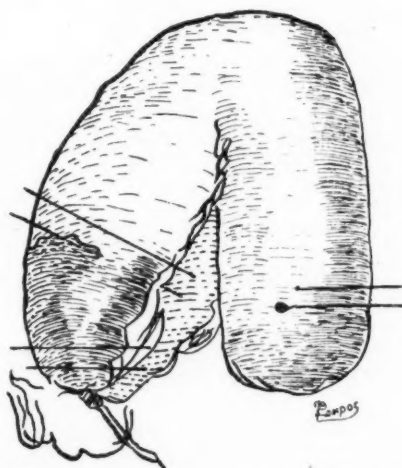
EXAME N.º 4.970

Nome: M. G. — *Orgão:* Trompa com sangue. — *Proveniencia:* Dr. Domingos Delascio.

Exame macroscopico: Peça em forma de um chourico medindo $8 \times 6 \times 3$ cms. e representada por uma trompa muito congesta, recurvada sobre si mesma e cheia de liquido de cor parda. Superficie lisa com aspecto marmoreado devido a alterancia de partes congestas e pequenas bridas fibrosas claras. Pavilhão completamente desaparecido vindo-se em seu logar a extremidade livre que chama a attenção pelo facto de ser lisa e comparavel a uma pequena cupola.



Aspecto da trompa torcida em nosso caso.



Eschema da nossa peça, mostrando as zonas onde foram feitos os cortes histológicos.

Exame microscopico: Os côrtes da porção ampolar mostram uma cavidade grandemente augmentada e praticamente livre de conteúdo, na superficie interna apenas se vêem raras franjas tubarias as quaes se acham diminuidas em seu tamanho devido a distensão das paredes do órgão. No interior dessas franjas não se encontram elementos inflammatorios e sim uma grande quantidade de hematias infiltrando o tecido do seu estroma.

Na musculatura ha uma grande infiltração sanguinea mascarando quasi completamente a estrutura primitiva dessa camada. Na sub-serosa vêem-se numerosas hematias e occassionalmente indicios de proliferação conjunctiva e sobre a serosa deparam-se diversas adherencias, representadas por feixes mais ou menos espessos de tecido conjunctivo denso. Em alguns campos nesse mesmo tecido, capillares sanguineos neoformados (tecidos de granulação).

Os côrte da porção isthmica apresentam grande espessamento das paredes tubarias o qual corre por conta de grande congestão e de nítido processo inflammatorio chronico. Esse ultimo é representado por diversas areas de tecido de granulação contendo feixes conjunctivos, capillares neoformados e alguns mononucleares.

O processo congestivo se manifesta pela apparecimento de grandes veias cheias de sangue e inundação hemorrhagica de todas as camadas. Na contextura das porções correspondentes a mucosa e a muscular não se encontram signaes de processos inflammatorios o qual é nítido apenas na serosa.

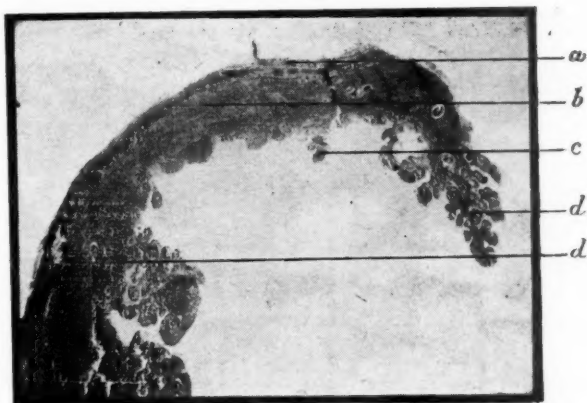
Conclusão: Perisalpingite chronica. Impermeabilidade do ostium abdominale. Hydrosalpinge. Torção da trompa pathologica. Intensa congestão.

a.) JUVENAL MEYER.

Clinicamente, como já nos referimos, é difficil nos orientarmos para o diagnostico de torção em trompa normal ou pathologica. Com effeito encontramos na nossa paciente signaes clinicos que permitem affirmar ser a trompa normal, mas, por outro lado existem outros signaes que afastam essa possibilidade. Assim, os elementos positivos que nos levam clinicamente ao diagnostico de torção em trompa normal consistem em:

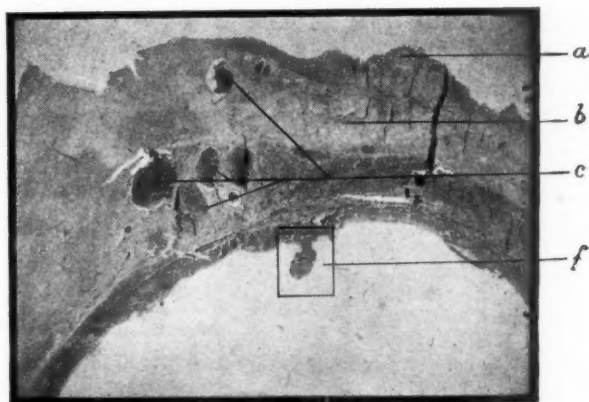
- a) ausencia de coito.
- b) ausencia de infecção genital.
- c) ausencia de processos pathologicos da trompa opposta.
- d) volume e consistencia normaes do utero.

Si na nossa doente verificamos esses signaes positivos que tão bem foram focalizados por Regard e Cordovil, existem, entretanto, um signal negativo que abala esta concepção clinica. Queremos nos referir a ausencia do pavilhão tubario; com effeito, este completamente desaparecido, vendo-se em seu lugar a extremidade livre da trompa que chama a attenção pelo facto de ser comparada a uma pequena cupola. O desaparecimento do pavilhão é segundo alguns auctores pathognomonicos da torção em



MICROPHOTOGRAPHIA 1

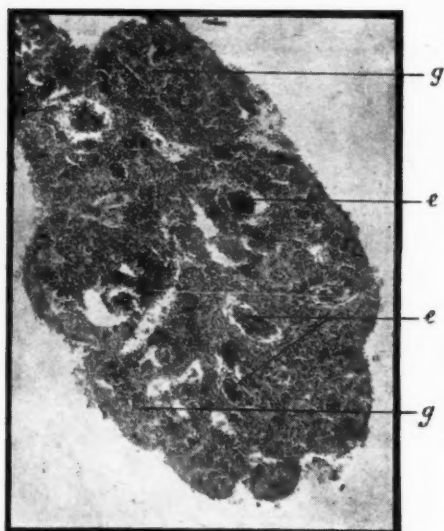
Côrte da porção media da trompa (aumento pequeno).



MICROPHOTOGRAPHIA 2

Côrte porção media da trompa (aumento medio), mostrando a zona da microphotographia n.º 3.

- a) tecido inflamatorio periphéria.
- b) musculatura e sub-mucosa fortemente infiltradas por hematias.
- c) franja atrophi-da em consequencia a grande distensão paredes tubarias.
- d) franjas infiltradas por hematias e separadas entre si devido a distensão paredes tubarias.
- f) mesmo que c (esta franja é vista com forte augmento micro 3).



MICROPHOTOGRAPHIA 3

Franja tubaria atrophiada e fortemente infiltrada por hematias.

(Notar o desaparecimento completo dos epithelios, devido a distensão e a imbibição sanguínea).



MICROPHOTOGRAPHIA 4

Tecido inflammatorio chronico desenvolvido na superficie da trompa.

- e) veias fortemente dilatadas e cheias de sangue consequente a congestão passiva.
- g) stroma da franja imbibida por enorme quantidade de hematias.
- h) tecido de granulação formado por fibroblastos e capillares neoformados; na contextura desse tecido tambem se vêm numerosas hematias e capillares sanguineos neoformados.

O tecido de granulação da periphéria da trompa é de caracter chronico dado a riqueza de fibroblastos e a ausencia quasi completa dos elementos que caracterizam os processos inflammatorios recentes. (leucocitos neutrophilos, eosinophilos, mononucleares e plasmazellen).

trompa pathologica, como bem evidenciam os eschemas de De Lee. E' necessario frizar que nem todos os auctores concordam com esse modo de ver, não attribuindo ao desaparecimento do pavilhão grande valor. Percebemos, portanto, que clinicamente é muito difficil, apesar de signaes positivos e negativos, certificar-nos se a torção realisou-se em trompa normal ou pathologica e somente o resultado histopathologico, mais do que a apreciação clinica, nos permite o diagnostico de torção em trompa normal ou pathologica.

A trompa da nossa paciente foi enviada ao Dr. Juvenal Meyer distinctissimo anatomo pathologista do Instituto Biologico que nos apresentou relatório completo.

Em conclusão esta foi a evolução do nosso caso:

- a) perisalpingite chronica.
- b) impermeabilidade do ostium abdominal.
- c) hydrosalpingio.
- d) torção da trompa pathologica.
- e) intensa congestão.

Com este resultado histopathologico pensamos estar sufficientemente esclarecidos tratar-se de uma torção de hydrosalpingio, portanto, de trompa pathologica. Para terminar queremos accentuar a complexidade do mecanismo de formação do hydrosalpingio. Entre as theorias que tentam explicar esse mecanismo encontramos a circulatoria e principalmente a inflammatoria. Admittem alguns que a endosalpingite tenha accentuado valor na pathogenia do hydrosalpingio, acreditando outros que a perisalpingite tambem represente elemento de valor para a formação desta variedade de sactosalpingio. Como quer que seja, a atrophia das franjas da mucosa tubaria constitue o signal histopathologico mais importante para o diagnostico do hydrosalpingio.

Endereço: Rua Fortaleza, 12.

BIBLIOGRAPHIA

- 1) — JEAN REGARD — *A torção das trompas uterinas.* — (These Lyon 1932).
- 2) — JEAN REGARD — *Estudo anatomo pathologico da torção das trompas.* — Gynec. et Obstetrique. T. XXVII N.º 6 1933.
- 3) — MICHON. — *O vulvulus dos annexos sãos.* — Gynec. et Obst. N.º 2, 1930.
- 4) — RAYMOND BERNARD. — *Torção do ovario sã no curso da gravidez.* La presse Medicale N.º 40, 1929.

- 5) — GUIMBELLOT. — *A proposito da torção dos annexos são no curso da gravidez.* — La presse Medicale N.º 15, 1930.
- 6) — CESAR FLEURY DE ARAUJO. — *Torção da trompa de Fallopio.* — Arch. Bras. de Med. N.º 11, 1930.
- 7) — CLOVIS CORREA. — *Torção do anexo normal.* — Rev. Gynec. et Ost. — Anno XXX N.º 11, 1936.
- 8) — ROCHER ET JEANNENEY. — *Torsion intraabdominale de la trompe saine.* — Journal de Chirurg. 1927, pg. 489.
- 9) — LAURAN DARNER. — *Torsion de la trompe de Fallope normale.* — Journal de Chirurg., 1926, LL, pg. 510. American Journal of Obst. and Gynecol. Vol. XI N.º 3. Mars 1926, pg. 368-377.
- 10) — WELLS. — *Volvulus de la trompe de Fallope.* — Journal de Chirurgie. 1924, pg. 630. — The Journal of the American medical Association v. 83. N.º 1, 5 Julho 1924.
- 11) — CASA GRANDE. — Amer. Journal of Obst. Gynecol. v. XV. N.º 1, Jan. pag. 49.
- 12) — PAUCOT ET MEURISSE. — Rev. Fran. Gynec. et Obst. an XXIII — N.º 9 — Setembro 1928, pag. 513-517.
- 13) — EDWIN GABE. — Arch. of Surg. vol. XVIII N.º 4. Abril.
- 14) — CARLINO LIMA. — *Tubal pregnancy as cause of acute torsion.* — Semana Medica 1, 768-769. Março 7, 1935.
- 15) — CAVIGLIA. — *Volvulo de trompa.* — Bol. de la Socied. de Gynec. e Obst. 1927, pag. 39.
- 16) — PRESTINI e AHUMADA. — *Torção aguda da trompa.* — Bol. de la Soc. de Obst. y Gynec. 1928, pag. 197.
- 17) — GIANGIOBE. — *Torção da trompa.* — La Semana Medica, pg. 669, 1928.
- 18) — MOLFINO y BOERO. — *Torsion aguda de trompa.* — La semana Medica t. II, 1931.
- 19) — GAVIOLI. — *Torsion aguda de trompa.* — (Bol. de la Soc. de Obst. y Gynec. pg. 548, 1932.
- 20) — ZENO, RONCORONI e PICENA. — *Torsion de trompas de Fallopio.* — Bol. de la Soc de Cir. de Rosario, 1934, T. I, pg. 3.
- 21) — BENGOLEA. — *A proposito de um volvulo de trompa.* — Bol. y Trab. dela Soc. de Cir. 1926, pag. 79.
- 22) — VILA y VIRIOT. — *Torsion chronica de trompa y fibroma de ovario.* — La Semana Medica t. I pg. 290, anno 1931.
- 23) — BRETTOCHÉ. — *Torsion des annexes saines.* — Presse Medicale n.º 11, 8 Fevrier, 1928.
- 24) — COTTE. — *Amputation spontanée de la trompe droite consecutive a des accidents de torsion.* — Lyon Chirurgical n.º 3. Mai Juin — 1930.
- 25) — DELFOURD. — *Torsion des annexes saines au cours de la grossesse.* — Presse Medicale n.º 23, 19 Mars 1930.
- 26) — SENECHAL. — *Torsion bilateral des trompes saines.* — Journal de Chirurgie t. XV, pg. 936.
- 27) — MICHAEL. — *Torsion d'une trompe de Fallope normale.* — Journal de Chirurgie t. XXV, pg. 369.
- 28) — MARSHALL ALLAN. — *Torsion d'une trompe de Fallope normale.* — Journal de Chirurgie t. XXVII, pg. 229.
- 29) — THOREK. — *Torsion de la trompe de Fallope chez une vierge.* — Journal de Chirurgie t. XXX, pg. 490.

- 30) — MUIR. — *Torsion et gangrene d'une trompe compliquant. un prolapsus uterin.* — Journal de Chirurgie t. XXXVII. pg. 620.
- 31) — JAGERROOS. — *L'hydrosalpinge: anatomie pathologique, etiologie et clinique.* — Journal de Chirurgie: t. XIX, pg. 430.
- 32) — JOSELIN JAUCH. — *Torsion aigue d'un hydrosalpinge.* — Journal de Chirurgie: t. XXI, pg. 260.
- 33) — TORLAND. — *Torsion d'hydrosalpinge.* — Journal de Chirurgie: t. XXXII, pg. 304.
- 34) — REGARD. — *Acute torsion.* — Semana Medica. 1544-1546. Maio 4 — 1933.
- 35) — BLOCK. — *Torsion of normal tube.* — American J. Obst. Gynecol. 26-268-270 — Aug. 1933.
- 36) — USANDIZAGA. — Archi. di med. y cirurg. y especialid. 1065-1069 n.º 21, 1931.
- 37) — CORDORIL. — *Volvulo annexial.* — Medicina-Cirurgia e Pharmacias — Maio, Junho — 1937.

DUCTOL

ENERGICO RECONSTITUINTE

A mais feliz união de elementos reconstituintes baseada nas ultimas aquisições scientificas

Ergosterina irradiada, vitamina e A e D colloidificada em Extracto de Malte (vitamina B) — Lactofosfato de calcio — Glicerofosfatos — Pepsina — Extractos pluriglandulares glicerinados — Vehiculo correctivo adjuvante.

TONICO DOS SYSTEMAS NERVOZO, OSSEO E MUSCULAR

CHLORO-ANEMIA

APPROVAÇÃO da ACADEMIA de MEDICINA
de PARIS

Exigir os Verdadeiros

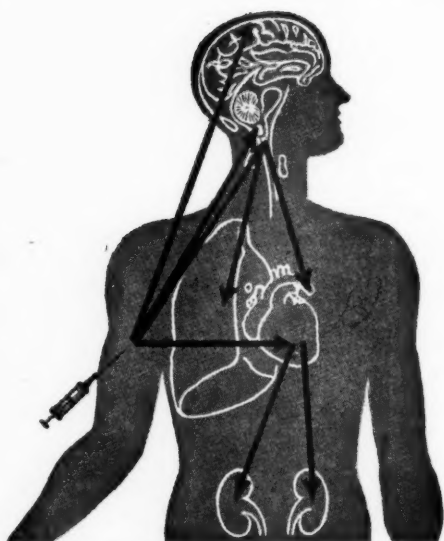
Pilulas e Xarope BLANCARD

Blancard

de PARIS

Assignatura e Etiqueta verde.

POBREZA DO SANGUE - ESCROFULAS



CORAMINA

"CIBA"

Estimulante
respiratorio
e circulatorio
hydrosoluvel
poderoso

Administravel pelas vias
interna, subcutanea
intravenosa

Empolas • Gottas

As perturbações cárdio-vasculares na pneumonia lobar (*)

Dr. Luiz V. Décourt

Assistente da 1.ª Clínica Médica da Escola Paulista de Medicina.

O capítulo que hoje vamos estudar, é um dos mais importantes de nosso programa. O quadro circulatório na pneumonia merece ser estudado com detalhes porquanto ocupa lugar de destaque na sintomatologia dessa moléstia. Nos últimos anos o conceito da "insuficiência circulatória" na pneumonia tem sido bastante modificado, alterando-se noções que eram tidas como clássicas, tanto no quadro mórbido como na terapêutica. Antigamente todos os cuidados voltavam-se para o coração, principal responsável pelos colapsos pneumônicos. Hoje, sabe-se que o perigo está antes na circulação periférica, gravemente comprometida nessa moléstia.

Para facilidade de compreensão consideraremos em primeiro lugar a sintomatologia e depois as complicações cárdio-vasculares.

SINTOMATOLOGIA. — O exame do *coração* em geral poucas alterações revela. Na maior parte dos casos os bulhas são normais, pelo menos no início da afecção. Com o decorrer da moléstia podem surgir sopros que se localizam de preferência nos focos pulmonar e mitral. Um achado mais ou menos constante, que aparece após certo tempo, é o refôrço do segundo tom pulmonar, condicionado pela hipertensão da pequena circulação. As vezes, encontramos um desdobramento dessa bulha. Alguns autores dão grande valor a essa hiperfonese, como reveladora da suficiência do ventrículo direito para atender às ne-

(*) Aula de um curso especial sobre a "Circulação nas Infecções", dada aos alunos do 5.º ano médico (Serviço do Prof. Otávio de Carvalho) em Dezembro de 1937.

cessidades orgânicas. Nesse caso o seu desaparecimento no acme da moléstia, seria mau sinal, indicando a falha ventricular para a compensação exigida. Essas idéias não têm porém valor absoluto, carecendo portanto de grande importância.

Extrassístoles não são raras, surgindo isoladas ou agrupadas, como discutiremos dentro em breve. Às vezes, encontra-se um bloqueio aurículo-ventricular cuja patogenia tem sido bastante discutida. Alguns batem-se principalmente pela existência de uma intoxicação miocárdica, o que, de fato, é indiscutível em grande número de casos. Outros fazem intervir uma constituição favorecedora. HERING, para quem o gás carbônico agiria sobre o feixe de Hiss, do mesmo modo que a digital, acredita que o acúmulo desse gás no sangue possa produzir o bloqueio. Na maior dos casos são eles transitórios, desaparecendo com a moléstia. Não resta dúvida porém que, às vezes, esses fenômenos são mais graves, principalmente quando se instalam em um coração já anteriormente lesado, onde justamente aparecem com maior freqüência. Como veremos mais tarde e é fato de grande importância prática, é no coração doente que mais facilmente se produz uma intoxicação pneumocócica. Nos velhos encontraremos também mais amiude tal arritmia. Às vezes, irregularidades mais graves como o "flutter" e a fibrilação e, em certos casos mais sérios, um ritmo embriocárdico. Raramente será observado um galope. Do mesmo modo, são raros os fenômenos de insuficiência cardíaca congestiva em doentes cujo coração estava íntegro no início da moléstia.

O exame do *pulso* é de interesse. No início é pequeno, em geral regular. Mais tarde torna-se instável. Raramente, entretanto, ao contrário de outras infecções, encontramos-lo dicrótico. Para critério prognóstico devemos considerar no pulso dois caracteres: a sua *freqüência* e o seu *ritmo*.

Em numerosos casos pode a freqüência depender tanto do indivíduo como da moléstia, assim nos jovens, fortes, poucas alterações sóem existir, enquanto nos velhos, débeis, pode o pulso ser rápido e pequeno desde o início. Entretanto de um modo geral, podemos dizer que quanto mais rápido for ele tanto pior será o prognóstico. Segundo GRIESINGER um pulso de mais de 120 em adulto, é sempre um mau índice, acreditando que cerca de 30 % desses pacientes morrem. MACKENSIE dizia por sua vez ter visto raros casos de restabelecimento quando a freqüência do pulso subia a 140. Embora esses fatos comportem inúmeras exceções, valem sempre entretanto como elementos de apreciação na prática. As elevações progressivas, principalmente nos últimos estádios da moléstia, constituem quasi sempre um sinal

de alarme. COLE (8) resume sua grande experiência nos dados que transcrevemos:

RELAÇÃO DA MORTALIDADE COM A FREQUÊNCIA MÁXIMA DO PULSO

FREQUÊNCIA MÁXIMA	RESTABELECIMENTOS	MORTES	PERCENTAGEM DE MORTES
Abaixo de 100	28	0	0
de 100 a 110	88	1	1,1
de 110 a 120	108	6	5,25
de 120 a 130	182	24	11,6
de 130 a 140	111	28	20,7
de 140 a 150	53	55	50,9
de 150 a 160	22	19	46,3
160 ou mais	16	27	62,7

Em muitos casos esse aumento da frequência do pulso surgiu poucos momentos antes da morte. A razão dessa taquicardia deve ser procurada em múltiplos fatores. A toxemia e a insuficiência vascular periférica devem ser consideradas como as causas principais. Mais raramente poderá ser incriminada a deficiência do órgão central, cuja falha é aqui, antes secundária, reflexo da comprometimento capilar, que primitiva por lesão orgânica causada pela moléstia. De fato, pela deficiente contração e pela fuga do plasma dos capilares, a corrente venosa diminui e o coração recebe menos sangue. Para manter a circulação ele bate mais rapidamente, procurando conservar o rendimento-minuto.

Daí o acerto da afirmação de FISHBERG (10): o coração é rápido porque o doente vae mal, e não, define o doente porque seu coração é rápido. Naturalmente as complicações cardíacas, como as endocardites, são fatores de importância quando existentes. Em certos casos há, ao contrário, uma *bradycardia*. Mesmo com febre alta, pôde-se encontrar um pulso com uma frequência de 90 ou menos. Na convalescença o pulso é lento, às vezes, bastante bradicárdico, podendo cair até perto de 40, o que indica o retôrno da atividade parasimpática, ou um bloqueio aurículo-ventricular.

Outro fator é o *ritmo* das pulsações. Em grande número de pneumônicos encontram-se irregularidades à palpação do pulso. COLE em 489 casos observados encontra arritmias em mais de 10 %, enquanto CHATARD em 658 doentes verifica o

mesmo fato em cerca de 15 % deles. São em geral extrassístoles que dão ao pulso essa irregularidade. Consideradas isoladamente não apresentam mau prognóstico, podendo entretanto serem reveladoras da participação do miocárdio. De grande importância parece ser a época em que surgem esses transtornos. Assim para STAEHELIN as extrassístoles dos primeiros dias seriam dezpresíveis, traduzindo apenas desequilíbrio circulatório temporário, mas as que surgem após o 5.º dia de moléstia, deveriam ser encaradas com mais cuidado, porquanto revelariam alterações miocárdicas mais ou menos graves. Porém nem sempre essa relação é acertada. Mais sérias, comportando prognóstico mais reservado, são entretanto as irregularidades por flutter ou fibrilação. Nas estatísticas de COLE elas surgem em cerca de 3 a 5 % e nas de COHN em 10 % dos casos observados. Todas essas arritmias parecem tornar-se mais freqüentes na fase pré-critica da moléstia, onde se exacerbam todos os sintomas.

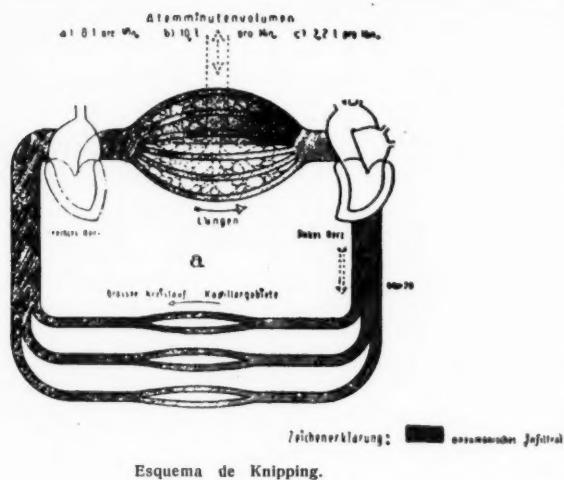
Pressão arterial: — O comportamento da pressão arterial na pneumonia é bastante variável. No início, em geral, não se encontram alterações. Raramente verificam-se decréscimos iniciais, podendo em alguns casos existir mesmo uma certa elevação. Com o evoluir do processo, porém, costuma-se observar uma leve queda dos valores. Nota-se entretanto, que freqüentemente a pressão máxima é antes elevada que abaixada na fase aguda da moléstia (PERRYQ (30)), podendo esse acréscimo chegar até 10 mm. de mercúrio. Nas formas tóxicas pode-se, desde o início, encontrar um abaixamento de 15 ou 20 mms. de Hg. Uma queda de mais de 20 mms. que vai se acentuando progressivamente deverá fazer chamar atenção para o aparelho cardiovascular. Digno de nota é o comportamento da pressão máxima, que, freqüentemente, oferece uma constância interessante não sendo, em geral, afetada pela crise. Mesmo em certos casos de iminência de colapso periférico, com diminuição da mínima e presença de vários sinais de choque, pode manter-se ela perto de seus valores iniciais (FISHBERGQ. A interpretação desses casos deve ser cuidadosa, pois essa constância não exclui a possibilidade de choque iminente e não deve portanto ser considerada isoladamente. Em doentes com uma hipertensão essencial pré-existente, a pressão, às vezes, cai súbitamente no decurso da moléstia. Vemos portanto que os dados prêmicos devem ser examinados cuidadosamente, para que não sejam tiradas conclusões errôneas ou prejudiciais.

Alguns autores quizeram deduzir *regras prognósticas*, baseados nos valores comparados da pressão arterial máxima e da freqüência do pulso. GIBSON e HARE acreditavam que todas as

vêzes em que a freqüência do pulso em um minuto fosse maior que a pressão máxima em mms. de Hg., haveria a possibilidade de perigo próximo. Estariamos diante de grave insuficiência do aparelho cárdio-vascular, sendo necessária a aplicação imediata de seus estimulantes. Observações posteriores, feitas por inúmeros autores, vieram demonstrar que esse princípio sofre na prática numerosíssimas exceções.

Cianose: — O exame do doente revelará um grão de cianose mais ou menos avançada. Constitue ela um fato comum, não sendo sinal de alarme se não muito precoce nem muito intensa. Em certos casos pode surgir desde o início ou ser bastante acentuada, indicando quadro de grande gravidade, explicável pela forma da moléstia ou pelo estado anterior do enfermo. Tal é o caso das formas hipertóxicas, dos velhos, dos alcoólatras, das grávidas, assim como dos já anteriormente cárdiopatas. Por outro lado a cianose pode não ser bem apreciável nos grandes anêmicos, mesmo com acentuada anoxemia.

Sabe-se que a cianose é proporcional à quantidade de hemoglobina reduzida do sangue. Ora, com o processo de hepatisação sofre bastante a circulação pulmonar. Vários fatos podem intervir prejudicando ou interrompendo a circulação e a hematose. Em primeiro lugar as trombozes e embolias dos capilares e arteríolas, assim como o acúmulo do exsudato alveolar. Outras vêzes, os capilares são muito dilatados de modo que as hematias centraes, muito distantes da superfície alveolar, saturam-se deficientemente à pressão normal do oxigênio (BULLOWA). Deve-se considerar ainda a possibilidade da obstrução de parte das vias aéreas superiores pelo acúmulo de muco, catarro, etc. Qualquer seja o mecanismo de entrave à oferta de oxigênio, compreende-se facilmente que a cianose depende, em grande parte, da passagem do sangue por áreas incompletamente arejadas. Tem importância aqui a maior ou menor permeabilidade dos vasos. Desde que haja uma obstrução completa à passagem do sangue pela zona hepatisada, é êle obrigado a atravessar outras regiões pulmonares ainda funcionalmente satisfatórias, onde se arterialisa completamente. Ao contrário, se os vasos são permeáveis, o sangue atravessará regiões onde a hematose não se faz ou é insuficiente, e sairá quasi tão "venoso" como aí entrou. O sangue "arterial" portanto, que sai do pulmão, não será senão uma mixtura de sangue oxigenado e não oxigenado. O esquema de KNIPPING, que vou reproduzir, demonstra perfeitamente êste fato.



Verifica-se portanto que nem sempre a cianose é diretamente proporcional à extensão da hepatisação.

O exame do *sangue* revela a *anoxemia* existente. A percentagem de oxigenação do sangue arterial cae de 95 % a 90 %, 85 %, 80 % ou ainda a valores mais baixos. Abaixo de 80 % já encontramos sintomas graves para o lado do aparelho cárdio-vascular. STADIE (33) examinando 32 doentes (dos quaes 16 faleceram) encontra as seguintes percentagens de sangue arterial e venoso *não saturados*:

PERCENTAGENS DE SANGUE NÃO OXIGENADO

	SANGUE ARTERIAL	SANGUE VENOSO
Normalmente	5,0	27,0
Pneumonia não fatal - (média de 16 casos)	13,9	36,3
Pneumonia fatal - (média de 16 casos)	32,0	57,0

Essa anoxemia deve-se não só, como já vimos, à má saturação do sangue em O_2 devido à diminuição da oferta desse gás, como também à respiração rápida e superficial, resultante quer da ação nociva da toxina sobre os centros respiratórios, quer da pequena amplitude respiratória, limitada pela dor. Para alguns autores, além dessas causas encontrar-se-iam ainda na pneu-

monia uma quantidade insuficiente de hemoglobina ativa no sangue, assim como alterações na curva de dissociação da oxihemoglobina, de tal modo que o desprendimento de O_2 se faria com certa lentidão. RANDOLPH (31) acredita numa fome de O_2 dos tecidos devida a uma elevação do nível de conversão da carboxihemoglobina em oxihemoglobina. Entretanto a maior parte do fisiologistas modernos tem verificado que a capacidade do sangue em fixar o O_2 é normal e muito pouco alterada a curva de dissociação oxihemoglobínica (4).

As alterações eletrocardiográficas, são numerosas e variáveis. MASTER, ROMANOFF e JAFFE (26), em 931, fazendo traçados diários em 45 doentes, encontram alterações em 93 % dos casos. Já DE GRAFF, TRAVELL e YAGER, no mesmo ano, jogando com material maior (975 casos), encontram perturbações em cerca de $\frac{1}{4}$ dos casos. As alterações são frequentemente transitórias e nada apresentam de característico. De acordo com os primeiros autores os achados mais comuns foram, uma onda T invertida em DI e DII (ocorrendo principalmente em casos de prostração marcada) e um aumento do espaço P-R. Interessantes são também as alterações de R-T que frequentemente tomam um aspeto semelhante ao verificado nas afecções coronárias. Eram entretanto, sempre anomalias leves e transitórias, não tendo sido encontrada participação coronária nas autópsias. BULLOWA (6) encontra estas alterações em 89 % dos casos, acreditando que elas não influem absolutamente sobre a evolução da moléstia. Alguns doentes retomaram o trabalho, nada sentindo, embora conservassem ainda esse aspeto eletrocardiográfico. Em certos casos, encontram-se maiores irregularidades como o flutter e a fibrilação auriculares. Um ponto que chamou a atenção dos pesquisadores foi o fato de, em grande número de casos, as alterações eletrocardiográficas, principalmente de P-R, surgirem primeiramente após a volta da temperatura ao normal, quando o doente começava a convalescer. Não se pode afirmar ainda qual a causa dessa particularidade. Talvez seja devida a uma atividade demasiada para um coração enfraquecido, donde o aumento da condução. O eletrocardiograma seria então bom índice para a avaliação da oportunidade de abandono do leito. Como elemento de prognóstico oferece-nos o eletrocardiograma alguns dados de valor. De um modo geral será aquele tanto mais reservado quanto mais acentuadas as alterações. Destas, porém, algumas apresentam pouco valor, como o aumento de P-R, evidenciando um bloqueio incompleto aurículo-ventricular, na maioria dos casos transitório e sem conseqüências. Do mesmo modo as inversões da onda P. De prognóstico mais sério, são os achados de flutter e fibrilação, assim como as inversões da onda T. Estas, principalmente se localizadas em DI, evidenciam dano do miocárdio e indicam a necessidade de uma

convalescença longa. Nas estatísticas de BULLOWA elas surgiram em 14 casos (em DI) dos quais 4 fatais. Estes são em geral acompanhados de taquicardia acentuada. Alguns casos de persistência das alterações de R-T durante a convalescença merecem ser vigiados cuidadosamente. Embora, como já vimos acima, existam doentes que trabalham perfeitamente com essas anomalias, MASTER e seus companheiros verificaram 8 casos em que essa persistência foi acompanhada de demora no restabelecimento das forças e de dispnéia ao menor exercício.

Outros exames: — Nos pneumônicos sem insuficiência circulatória, o volume circulatório, o tempo de circulação e a pressão venosa foram encontrados normais por FISHBERG, BULLOWA, KING e HITZIG (10).

Após esta descrição da sintomatologia circulatória, vejamos agora, quais as *complicações* que para o lado do aparelho cárdio-vascular encontramos na pneumonia. Desde já, porém, é bom que se note não serem muito freqüentes esses achados embora gozem de grande valor na freqüência das causas de morte. Eles podem aparecer ou durante o surto pneumônico ou serem manifestações de um ataque isolado do pneumococo ao coração, sem participação pulmonar.

COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES: — Computando os atestados de óbito passados durante o período de 1931 a 1935, L FREITAS (11), no Rio de Janeiro, encontra na pneumonia lobar a presença de 69,5 % de complicações cárdio-vasculares, como primeiro fator na produção do *exitus*. Isto demonstra a importância deste estudo. Vejamos a participação dos três folhetos do coração, para entrarmos depois no importantíssimo estudo da insuficiência circulatória na pneumonia.

Pericardites: — As estatísticas demonstram uma nítida diferença entre a incidência verificada em vida e a encontrada nos exames post-mortem. Esses fatos explicam a grande divergência dos dados fornecidos pelos vários autores. NORRIS e FARLEY colecionando numerosos casos na literatura, encontram valores bastante diversos. Entre 40.773 doentes, verificaram-se em vida 499 casos de pericardites, ou sejam cerca de 1,2 %, ao passo que em 1.232 autópsias de pneumônicos a pericardite era achada em 239 casos ou sejam 19,3 % delas. W. STONE, em 300 autópsias de mortos por pneumonia, encontra a participação do pericárdio em 24 %, enquanto NETTER só a encontra em 5 %. BULLOWA (6) em 277 autópsias de pneumônicos encontra 34 casos de pericardite, dos quais só 7 tinham sido suspeitados clinicamente. Pode-se concluir portanto com certeza que na clínica inúmeros casos de pericardites pneumônicas passam totalmente despercebidos. A freqüência delas varia com a idade, com o indivíduo

e com a forma da pneumonia. Nas crianças o pneumococo é o principal agente das pericardites. Entretanto, não é nessa idade que encontramos a frequência máxima da participação pericárdica, mas sim dos 20 aos 40 anos (34). Essa participação surge de preferência nas formas graves, migradoras, da pneumonia. Por outro lado os doentes fracos, os debilitados, os alcoólatras, os cardiopatas pagam muito maior tributo. Há ainda uma variação de frequência de acordo com o tipo do pneumococo. BULLOWA (6) em 33 casos de pericardite, onde conseguiu isolar um germe, verifica a seguinte distribuição:

Pneumococo tipo	I : 7 casos	Pneumococo tipo	VII : 2 casos
" "	II : 6 casos	" "	XII : 1 caso
" "	III : 5 casos	" "	XIV : 3 casos
" "	IV : 2 casos	" "	XVIII : 2 casos
" "	V : 1 caso	" "	XXIV : 1 caso

havendo 3 casos onde não pôde classificar o germe.

FINLAND encontra também a maior frequência do pneumococo de tipo I.

A participação do pericárdio na pneumonia pode-se explicar ou por uma propagação linfática, ou sanguínea, ou direta através da pleura doente. Parece ser este o processo mais frequentemente observado porquanto a pericardite raramente se apresenta isolada, existindo em geral associada ao empiema da pleura, principalmente o da esquerda. Outras vezes surge acompanhada por um processo de endocardite ou por comprometimentos articulares. Ela pode aparecer em qualquer fase da moléstia, sendo entretanto mais habitual nos seus últimos estádios. O diagnóstico é, frequentemente, bastante difícil, em certos casos impossível. Um elemento de valor seria a presença de atrito, porém nem sempre perceptível. As alterações da maciez cardíaca e os sinais de embaraço à circulação podem auxiliar o diagnóstico. Do mesmo modo, são suspeitos os casos em que na fase final de uma pneumonia, com empiema, a febre continua alta, com caráter séptico, a despeito dos tratamentos feitos a êste. São em geral pericardites purulentas, o que as distingue das reumáticas. STONE, nas 300 autópsias já citadas, encontrou um derrame sero-fibrinoso em 19,4 %, um purulento em 61,1 % e formas mixtas em 19,5 % dos casos. SHIPLEY e WINSLOW (32) estudando 99 casos de pericardites purulentas colecionados na literatura, verificaram a responsabilidade do pneumococo 21 vezes, ou sejam 39,6 % do total, sem se contarem os casos de outras pneumonias mixtas ou acompanhadas de supurações, etc. Nas autópsias encontra-se o coração recoberto por um envólucro amarelo purulento e falsas membranas sobre os folhetos pericárdicos. Podemos encontrar disseminados sobre o coração de-

pósitos mais espessos formando placas amareladas. A quantidade de líquido encontrada na serosa é, em geral, pequena, existindo casos porém onde pode-se encontrar cerca de meio litro de um fluido purulento, com grandes mononucleares e polimorfo-nucleares. O prognóstico varia conforme o tipo da lesão e o estado do coração. A pericardite seca em geral não influe sobre a marcha da moléstia. Os processos serosos já comportam um prognóstico mais reservado e finalmente o prognóstico da forma purulenta é muito grave. Todos os casos não abertos em tempo são, em regra, mortais. A gravidade de todas essas formas é muito maior caso o coração apresente qualquer lesão miocárdica ou valvular.

Endocardites: — Do mesmo modo que as pericardites, também as participações endocárdicas, passam freqüentemente desapercibidas na clínica. Dentre 32.349 doentes colecionados, MUSSER e NORRIS encontram clinicamente 144 casos de endocardites, ou sejam 0,44 % dos casos, ao passo que as encontram 157 vezes em 2.639 autópsias, isto é, em 5,8 % do total. Embora não seja uma complicação comum, a endocardite pneumocócica goza de certa importância na incidência total das endocardites (8,4 % delas, segundo as estatísticas de PHIPS completadas por DEXTER). São principalmente complicações da pneumonia infantil. Podem surgir em qualquer fase da doença (endocardites parapneumônicas) ou mesmo na convalescência (endocardites metapneumônicas). Freqüentemente são devidas a um ataque direto ao endocárdio, sem qualquer participação pulmonar. A incidência das endocardites durante o processo pneumônico guarda relação íntima com o tipo do pneumococo e com o estado do indivíduo. Parecem ser mais freqüentes nas pneumonias pelo germe de tipo II, que se acompanham em geral de bacteriemia. FINLAND (6) entre 2.782 casos, encontra 17 vezes a endocardite, distribuída do seguinte modo:

TIPO DO PNEUMOCOCO	NÚMERO DE CASOS	TIPO DO PNEUMOCOCO	NÚMERO DE CASOS
Tipo I	4 casos	Tipo VII	2 casos
Tipo II	6 casos	Tipo XVIII	2 casos
Tipo III	1 caso	Tipo XIX	1 caso
Tipo V	1 caso		

Por outro lado, são mais sujeitos a essa complicação, os já cardiopatas, principalmente os portadores de vícios valvulares crônicos. E' nestes doentes que se constata o máximo de participação endocárdica. Torna-se porém necessário frizar que

existem casos em que as lesões valvulares pre-existentes em absoluto pioram após os surtos pneumônicos, embora sejam êstes às vêzes, bastante graves.

As endocardites são em geral ulcerativas ou úlcero-vegetantes. Atualmente, tendendo-se a considerar a pneumonia, assim como a endocardite verrucosa como estados alérgicos, compreende-se que podem, ambas essas participações, serem tidas como reações tissurais ao mesmo alérgeno. Em certos casos os danos podem ser bastante grandes, como num doente de NOEL FIESSINGER, em que havia perfuração da própria parede ventricular. Dada a natureza das lesões compreende-se o perigo a que estão expostos os doentes nos tempos de sobrevida. De fato, não são raros os casos de embolias partidas do endocárdio, com complicações à distância. O pneumococo ataca principalmente o coração esquerdo, embora também o direito. Assim, em 23 casos de endocardite pneumocócica, LORD (22) encontrou o lado esquerdo lesado isoladamente em 18 casos, sómente o lado direito em 3 deles e ambos ao mesmo tempo em 2 casos. As válvulas mitraes estavam lesadas 13 vêzes, as aórticas 12, sendo 5 casos com lesões comuns a ambas; as tricúspides 5, sendo que em uma delas também as pulmonares. O diagnóstico é bastante difícil. Os sinais subjetivos não são de molde a chamar a atenção do paciente, confundindo-se com o quadro da pneumonia e os objetivos falham freqüentemente. Não são raros os casos em que os pacientes morrem de septicemia, sem que se tenha podido ouvir um sopro característico. Naturalmente quando êstes existem, principalmente quando rudes, rasposos, intensos, poderão levantar a suspeita da complicação. A presença de petéquias é um dado de valor. Nos casos em que a evolução é longa, arrastada, acompanhada de prostração do doente, de febre prolongada e de resistência à soroterapia específica, deve-se suspeitar sempre de uma endocardite. Em certos doentes, pode-se notar uma elevação rápida da temperatura acompanhada de arrepios. Em outros, verifica-se um período apirético entre a febre da pneumonia e a da endocardite (15). Êste período é, em geral, menor que uma semana, durando cerca de 3 a 4 dias. Não se deve entretanto esquecer a possibilidade de endocardites apiréticas. O pulso é rápido e instável, mas a bradicardia relativa parece ser aqui mais encontrada que nas outras endocardites. Para OSLER (29), deve-se pensar em participação do endocárdio nas três condições seguintes 1 — febre prolongada e irregular, 2 — quando surgem sinais de septicemia, como arrepios, elevação da temperatura, suores, e 3 — quando aparecem embolias. Como se vê, os sinais não são suficientemente claros, a não ser na última hipótese. Não é rara a associação com outras participações, assim a meningite e a pericardite. No primeiro caso os sintomas cerebrais dominam o quadro e impedem o diagnóstico. A hemocultura, nem

sempre positiva, não prestará auxílio muito grande. Um fato interessante, é que a endocardite pneumocócica, não se acompanha, senão raramente, de vícios valvulares crônicos. LEVINE (20), cita o caso de uma doente que nada apresentava antes de uma pneumonia, mas que logo após a ela mostrava um sôpro aórtico. Porém é ele o primeiro a duvidar de tal patogênese, indagando se não se trataria antes de uma lesão pre-existente (reumática?), revelada pela moléstia. O prognóstico é inteiramente reservado. Raríssimos são os casos de cura, como o apresentado por LAUBRY e COFFIN (19), que evoluiu em 5 mezes e sarou com o sôro.

Miocardites: — A existência de uma verdadeira "miocardite" no decurso da pneumonia, tem sido bastante discutida. Ela parece ser, entretanto, pouco freqüente, existindo na maior parte dos casos apenas uma impregnação tóxica do miocárdio. E' necessário que se note, que irregularidades do ritmo, como extrasístoles e mesmo a fibrilação, não são provas evidentes da existência de uma *miocardite*. Elas podem ocorrer nas anoxias e são comumente transitórias. Em numerosos casos não se encontram alterações algumas do órgão, porém, às vezes, somente certo aumento de volume, que interpretaremos mais tarde. Nas necrópsias de pneumônicos têm sido verificadas degenerações gordurosas e hialinas do miocárdio. Entretanto qualquer processo febril pode produzir essas pequenas alterações sem dano apreciável do órgão. Certos autores porém, dão grande importância à miocardite pneumônica. Assim, para STAEHELIN (13) muitas insuficiências cardíacas que surgem aparentemente sem causa, e, cujas autópsias demonstram lesões miocárdicas, estariam possivelmente condicionadas a miocardites pneumônicas, talvez desaparecidas durante anos. Essa relação parece, porém, bastante forçada. Estudando a causa imediata da morte na pneumonia, BROOKS (5), encontra em 200 autópsias, 73 casos de lesões cardíacas agudas, que acredita serem produzidas durante a moléstia. Essas observações não estão porém de acordo com a opinião geral. FINLAND, não tem verificado essas alterações. Nos casos de pneumonia pneumocócica que tem estudado não foram encontradas necroses agudas cardíacas. Todo o material das autópsias de seus pneumônicos tem sido examinado cuidadosa e minuciosamente por PARKER, diretor do Mallory Institute of Pathology, para quem tais alterações são extremamente raras na pneumonia pneumocócica. Seriam, entretanto, freqüentes nas septicemias estreptocócicas hemolíticas, donde talvez a possibilidade de invasões estreptocócicas em certos casos, complicando a pneumonia e explicando a alta incidência das lesões cardíacas. Não resta dúvida, porém, que, quando existentes, as miocardites pneumônicas são de tipo benigno, obtendo-se uma *restitutio ad integrum* quando a pneumonia evolui para a resolução. Em ca-

sos graves, acompanhados de grande toxemia, podem ser encontradas, entretanto, miocardites de tipo purulento (24).

Flebites: — As complicações venosas não são frequentes, raramente encontrando-se fenômenos de trombozes. COLE, observa 4 casos sendo todos localizados na veia femural e ocorrendo na convalescença.

Após esse estudo acerca das principaes complicações surgidas no processo pneumônico, passemos a um ponto de capital importância, ao conceito atual da

insuficiência circulatória na pneumonia.

Sabe-se desde há muito tempo que a morte dos pneumônicos deve-se, em grande parte, à insuficiência do aparelho cárdio-vascular. Porém a qual destas duas partes deve-se emprestar importância maior, ao coração ou à circulação periférica? Já ficou visto nas aulas anteriores, que, de acôrdo com as idéias de WOLLHEIM, encontramos freqüentemente nas infecções, a chamada "insuficiência minus", isto é um tipo de insuficiência circulatória aguda, em que há diminuição da quantidade de sangue circulante. Era o "colapso cardíaco" dos autores antigos, no qual, entretanto, a culpa raramente cabe ao coração, mas quasi sempre à circulação periférica, fato aliás já demonstrado desde 1890 por ROMBERG e PAESSLER, em infecções experimentais.

Vejamos, em síntese, a importância do coração e dos vasos.

Insuficiência cardíaca: — Até poucos anos atrás o principal responsável pela insuficiência da circulação na pneumonia era o coração. Não faltavam fatores capazes de provocar essa falha. O coração seria assaltado de três modos: pela toxemia, pela consolidação pulmonar e pela hiperpirexia. De fato a toxina pneumocócica impregnando o miocárdio, diminuiria sua potencialidade, lesando-o mais ou menos gravemente. Ora, este miocárdio intoxicado teria de lutar contra um obstáculo bastante grande, representado pela hipertensão da pequena circulação. O ventrículo direito suportaria a máxima carga, donde dilatação e insuficiência dessa câmara. Por outro lado, os trabalhos de HARRISON e BLALOCK, em cães, evidenciaram na pneumonia um aumento do volume sistólico. Teríamos então um miocárdio enviando uma maior quantidade de sangue atravez de uma resistência também exagerada e efetuando portanto um *trabalho maior*. Não seria de espantar a sua insuficiência freqüente. Em 1922, STONE verifica em autópsias, dilatações do ventrículo direito em 39,4 % dos casos. Do mesmo modo LEVY (21), um ano depois, examinando 21 pneumônicos aos raios X, encontra o coração dilatado em 13 casos (61,9 % do total). Tratava-se em geral de um aumento gradual, às vêzes, com o máximo durante o acme da

moléstia, outras já na queda da febre. Entretanto essas constatações não falam com certeza a favor de uma insuficiência funcional, porquanto essa dilatação pode perfeitamente ser encarada como um processo reacional do miocárdio tendente a compensar o embaraço surgido, ou como uma consequência do colapso periférico com insuficiência da circulação de retôrno. O próprio LEVY reconhece aliás, que se trata de um aumento temporário, transitório, condicionado a processos reacionais. Vai se dando após à moléstia um retôrno gradual ao tamanho normal.

Parece portanto que um coração íntegro resiste perfeitamente ao esforço exigido, restabelecendo na medida do possível o equilíbrio circulatório. A intoxicação pneumocócica pode por outro lado, comprometer muito pouco a funcção cardíaca. Já em 1915, interessantes experiências foram feitas, em cães, por NEWBURG, MEANS e PORTER. Tomando o coração de um animal morto de pneumonia e perfundindo-o com sangue normal, verificaram êles que o órgão se contraía tão bem quanto um coração normal. Daí uma primeira conclusão de que na pneumonia o miocárdio é praticamente normal. Logo após tomavam êles um coração normal e nutriam-no com sangue pneumônico. As contrações tornavam-se sensivelmente diminuídas. Porém quando nutriam um coração de cão que morrera de pneumonia, com sangue também pneumônico, verificavam que as contrações eram praticamente normais, em tempo e em amplitude. Daí uma segunda conclusão de que o sangue pneumônico é tóxico para o coração normal colocado *subitamente* em contato com êle, pouca ação exercendo entretanto sobre um miocárdio já em contato com a pneumonia. Passando essas noções para a prática, poderíamos dizer que no organismo, durante o decurso da pneumonia, o sangue vai pouco a pouco se contaminando e o miocárdio vai progressivamente se *adaptando* a esse estado. Baseados nesses resultados alguns autores admitem como de maior importância para o estado do coração, não a extensão total do processo pneumônico, mas sim a *rapidez* com que foram tomadas as partes pulmonares. Essas conclusões, é lógico, não podem ser aplicadas exatamente ao homem, porém parece que a funcção cardíaca não é grandemente prejudicada pela intoxicação pneumônica. De tudo isto uma conclusão geral pode ser tirada: não há dúvida de que encontramos no homem certo grau de intoxicação miocárdica na pneumonia, que pode mesmo chegar ao que se denomina imprópriamente de "miocardite". Aí estão os traçados eletrocardiográficos para evidenciar êsse fato. Entretanto, funcionalmente, isso não é de importância capital, porquanto embora esteja o coração intoxicado e sujeito a um trabalho maior, a observação clinica tem demonstrado que *é rara a insuficiência cardíaca congestiva nos pneumônicos que apresentavam antes da moléstia um coração inteiramente sã*o.

As cousas se passam de um modo inteiramente diverso caso a pneumonia se instale em um individuo já previamente cardíopata. Um miocárdio lesado não terá forças suficientes para o trabalho exigido donde sua insuficiência freqüente. Teríamos aqui portanto um esvaziamento incompleto, com dilatação de estase e insuficiência funcional. Além disso, parece ser nos corações doentes que a toxina pneumocócica exerce de preferência sua ação nociva sobre quaisquer das partes do órgão. LEVY (21) já evidenciara mesmo, que nos corações doentes as dilatações ventriculares pneumônicas não eram transitórias como as dos sãos, já vistas, mas ficavam permanentes. BROOKS (5), em 200 autópsias de individuos mortos de pneumonia, encontra 116 casos, em que lesões cardíacas anteriores à pneumonia gozaram de grande importância na morte desses pacientes. Na maior parte dos casos de insuficiência cardíaca encontrada na pneumonia, verificou FISHBERG (10) evidência de moléstia cardíaca anterior, ou então era esta revelada nas autópsias principalmente em forma de escleroses coronárias. E' fato demonstrado que são particularmente graves as pneumonias que se instalam logo após um processo coronariano, onde são frequentes os edemas pulmonares logo no início da moléstia. Portanto num cardiopata antigo deve-se vigiar cuidadosamente o coração, porque neste caso, na maioria das vezes, é a sua insuficiência o perigo maior. E' necessário acentuar, entretanto, que um coração doente, mas bem compensado, pode resistir perfeitamente ao processo pneumocócico.

Um acidente bastante grave e que surge não raramente é o *edema agudo do pulmão*. A presença d'este quadro poderia fazer pensar em uma insuficiência cardíaca com estase pulmonar. Entretanto os trabalhos modernos demonstraram que, pelo menos em grande número de casos, não reconhece aqui o edema pulmonar essa etiologia. HRTZIG, KING, BULLOWA e FISHBERG (10) em 8 casos de edema agudo pulmonar, dos quaes 7 mortais, encontram um tempo de circulação braço-língua normal, o que fala fortemente contra a hipótese da congestão passiva dos pulmões por insuficiência cardíaca. Mais acertadamente poderemos atribuir tal fenômeno às variações de pressão na pequena circulação, assim como a um aumento patológico da permeabilidade das paredes capilares condicionado pela toxina e pela anoxemia. HOCHREIN (14), acredita numa ação tóxica sobre os capilares pulmonares como causa freqüente de grave edemas.

Naturalmente, nos casos em que há verdadeiramente uma insuficiência cardíaca congestiva, o prognóstico é bastante sério. KASTLIN e MACLACHLAN, examinando 50 pneumônicos e tomando como indice da insuficiência central o aumento da pressão venosa, encontram dados bastante demonstrativos. Em 28 casos com pressão venosa normal, ocorreram 4 mortes (14 %), em 9 doentes com pressão levemente aumentada, 1 morte (11 %), em-

quanto em 13 vezes que a pressão venosa se apresentava bastante alta, 8 mortes surgiram (61 %). Esse aumento da pressão venosa apresentava-se principalmente nos casos mais tóxicos.

Insuficiência circulatória periférica: — Observações clínicas e experimentais têm demonstrado que a insuficiência circulatória na pneumonia é principalmente periférica. O grande perigo é o colapso circulatório. Este surge em qualquer tempo, embora seja raro no início da moléstia. O seu quadro clínico é bem conhecido. Pode-se anunciar por alguns sintomas premunitórios ou pode-se desencadear subitamente em doente que passava bem. Nestes casos nada na evolução da moléstia pode fazer prever seu aparecimento fulminante. Surgem suores frios, a cianose se estende, o pulso é rápido, apenas perceptível e as extremidades são frias. Bastante interessante é o comportamento da pressão arterial. Em geral há uma queda mais ou menos marcada de seus valores, mas não são raros os casos em que essa baixa não se verifica ou se faz somente à custa da mínima. Em certos casos surpreendemo-nos diante de uma pressão máxima, que se mantém pouco diminuída, nas visinhanças dos valores prévios, mau grado já se tenham instalado alguns sintomas de choque. Mais do que aos valores isolados das pressões, devemos dar importância às rápidas variações que podem elas sofrer. Particularmente para a máxima, uma rápida queda é sempre um sintoma alarmante. A morte pode ocorrer em 12 horas.

A autópsia, mostrará um coração dilatado, mas faltam em geral, as lesões histológicas de uma miocardite infecciosa. Às vezes, encontramos um quadro complexo em que se associa à insuficiência periférica uma insuficiência congestiva central. O prognóstico de uma dessas crises é sempre reservado, não sendo raros porém, felizmente, os casos de restabelecimento. Embora não possamos com certeza, analisar todas as causas desse estado, já possuímos dados de valor para a sua compreensão. Não resta dúvida que há antes de tudo uma grande intoxicação capilar periférica. PERRY (30), estudando as reações dos pequenos vasos da pele em 26 doentes com pneumonia, encontra uma diminuição da capacidade contrátil dos capilares no acme da moléstia. Por outra o centro vaso-motor parece pouco lesado, podendo permanecer funcionalmente ativo. O restabelecimento capilar é lento e não afetado diretamente pela crise da pneumonia. BROOKS (5), verifica, estudando as causas da morte na pneumonia, que esta, quando devida à insuficiência circulatória, é precedida por dias, horas ou momentos por dilatação e congestão dos capilares, enquanto a função cardíaca é aparentemente quasi normal. Verifica este fato em 109 dos 200 casos, inclusive nos casos em que se notavam as lesões agudas cardíacas, já anteriormente discutidas, quando tratamos das mio-

cardites. BEIGLBÖCK e JUNK (3), determinando o "tonus" muscular chegam a constatações interessantes: as fibrilas musculares possuem uma certa pressão interna que, se não tem influência sobre a tensão das artérias, é de bastante valor para a as veias e capilares. A queda dessa pressão pode produzir o colapso periférico. Ora, essa tensão está diminuída em todas as moléstias agudas febris sendo a baixa mais acentuada a encontrada na pneumonia mormente quando com empiema pleural. Por outro lado, essas alterações tóxicas, do mesmo modo que a anoxemia, podem dar como resultado um aumento patológico da permeabilidade das paredes dos capilares, com fuga do plasma e grave dano para a dinâmica circulatória. A favor dessa noção estão os trabalhos, já antigos de JEANETTE HARRISON (12), que, pelo test salino intradérmico, encontra certo grau de edema da pele, em 12 crianças pneumônicas, que nada apresentavam ao exame semiológico. Do mesmo modo, a hipocloremia sendo acompanhada de diminuição das bases totais e da concentração eletrolítica, acarretará desidratação e portando diminuição da massa sanguínea circulante.

Com estes dados podemos compreender agora o porquê de algumas das dilatações cardíacas vistas nas autópsias dos pneumônicos. E' a saída do plasma dos capilares com diminuição da oferta de sangue ao coração, uma das principais causas da pretenza insuficiência cardíaca primitiva. Para a sustentação da circulação e manutenção do volume minuto, bate o coração mais rapidamente. Com esta taquicardia há diminuição da diástole e portanto da nutrição cardíaca. A anoxemia, a necessidade de O_2 e azluta contra uma dilatação periférica vão produzir a dilatação cardíaca. *Nesses casos é esta portanto secundária ao processo periférico e conseqüente à falha dos capilares.* A dilatação não é senão "a insuficiência ante-mortem causada pelo colapso da circulação periférica" (WARFIELD).

Estes fatos, juntamente com a experiência clínica, permitem que se conclua com segurança, que a insuficiência circulatória na pneumonia é, na quasi totalidade dos casos, o resultado de uma falha primária da circulação periférica.

TERAPÊUTICA: — Todos esses fatos que discutimos, são de importância bastante grande para a solução do problema terapêutico. Se a insuficiência circulatória é principalmente periférica e não central, devemos, é lógico, socorrer-nos de tônicos vasculares e não de "cárdiotônicos". Estes não seriam de utilidade alguma e poderiam mesmo, em certos casos, ser prejudiciais. Entretanto, mesmo na ausência de insuficiência cardíaca é regra geral, já bastante arraigada, o uso de "cárdiotônicos" como profiláticos para "fortalecer o coração". Dentre eles o mais utiliza-

do, como rotina, é a digital. Alguns fatores pareciam, não há dúvida, indicar a necessidade de seu uso. Como pondera BECKMANN (2), a irregularidade do pulso, a dilatação cardíaca e a impregnação tóxica do miocárdio, seriam motivos suficientes para que fosse ela empregada. Do mesmo modo, LEVY (21), verificou que os doentes digitalizados apresentavam menos freqüentemente uma dilatação cardíaca (50 % dos casos, contra 70 % dos não digitalizados). Daí a sua suposição de que a digital estimulando a contração cardíaca, evitaria a dilatação do coração, que não necessitaria portanto de lançar mão de sua capacidade de reserva para melhorar o rendimento. Além disso não procederia o argumento da febre contra a digital, porquanto, desde os trabalhos de COHN, sabemos que ela age mesmo nas pirexias.

Entretanto, por outro lado, inúmeros argumentos falam contra o uso sistemático da digital nos pneumônicos. MACKENSIE a julgava de pequeno benefício, HARE e mais recentemente CHRISTIAN, não vêm vantagens no seu uso. Já em 1890 CARHART via nessa administração uma das causas principais da maior percentagem de mortes em certos surtos pneumônicos. Os próprios autores que a usam rotineiramente na pneumonia dos velhos, acham problemáticas suas vantagens, acreditando MASING que "ficará ainda muito tempo incerta a sua ação profilática fortificadora da circulação" (25). Alguns fatos concretos depõem contra a droga. Sabendo-se que a digital reduz o volume sistólico nos casos em que não há insuficiência congestiva central, pode-se compreender que ela vai piorar a situação circulatória, pois já encarámos anteriormente o aumento compensador do volume-descarga. A palavra mais autorizada nesta questão, coube porém às verificações clínicas feitas em grande número de doentes. Em 1927, BURRAGE e WHITE (7), analisando 221 casos de pneumonia, observados durante 5 anos, encontram uma mortalidade de 16 % nos pneumônicos não digitalizados, ao passo que nos digitalizados essa percentagem subia a 39,6 % dos casos. RANDOLPH (31), dois anos após, verifica não ser benéfica a administração da digital. Em 30 casos em que ela foi dada desde o início, verificaram-se 7 mortes (23,3 %), e apenas 4 em 36 doentes não digitalizados (11,1 %). Entretanto, como este último grupo abrangia os casos mais brandos, o próprio autor reconhece a insuficiência desses dados como elementos básicos para uma estatística dos resultados. TREIMAN (23), embora criticando todos os trabalhos estatísticos, que não levaram em conta fatores de importância como as variações de ano, local, etc., admitia que todos os sintomas ditos "circulatórios" na pneumonia, eram devidos ou a uma resposta fisiológica do organismo ou a causas extracardiacas, não havendo portanto justificativa para o uso rotineiro da digital. Trabalhos mais perfeitos devem-se porém ao "Comité de Estudos sobre a Digital na Pneumonia",

na América do Norte, cujas observações realizadas, durante anos, são altamente demonstrativas (28) (37). Dividindo os pneumônicos em grupos de acôrdo com a medicação utilizada, os autores realizam consciencioso trabalho, em que consideram todos os fatores de importância, inclusive a idade e o sexo dos pacientes, certas complicações da moléstia e o tipo dos pneumococos. Em resumo foram tratados 834 doentes, dos quais, após se afastarem cuidadosamente todas as causas de êrros, sómente foram levados em consideração 742. Dêstes, 338 foram digitalizados, obtendo-se 41,4 % de mortes. Nos 404 restantes, não digitalizados, verificaram-se entretanto sómente 33,7 % de mortes! Há portanto uma significativa diferença a favor da abstenção do medicamento. Para certos autores a digital, pelo menos nos velhos, seria utilizada vantajosamente, como profilático da insuficiência cardíaca. Os trabalhos dos autores invalidam essa rotina. Os resultados obtidos nos pacientes de mais de 40 anos de idade são bastante claros:

ID A D E	SEM DIGITAL		COM DIGITAL	
	Número de doentes	% de mortes	Número de doentes	% de mortes
40 a 49	99	40,4%	99	44,4%
50 ou mais	102	50,0%	90	57,8%

Portanto mesmo nas pessoas de idade avançada não parece aconselhável o uso sistemático da digital. Um fato de grande importância prática, que aparece ainda nos trabalhos citados é o de se encontrar uma elevada percentagem de mortes em doentes, que apesar de receberem doses volumosas de digital, não apresentavam sinais de intoxicação (45,1 % de mortes, contra apenas 27,1 % dos que apresentavam aqueles sinais). Com razão interrogam-se os autores se a digital, nos pneumônicos não poderá causar a morte sem os usuais sinais característicos da intoxicação. Neste caso seria recomendável todo o cuidado na administração desse medicamento, pois não teríamos um elemento seguro de apreciação clínica do acúmulo. Entretanto, como pergunta WILSON, comentando o trabalho de NILES e WYCKOFF, em certas ocasiões não será útil uma digitalização, assim nos casos de fibrilação ou de flutter durante a pneumonia? Em doentes já anteriormente cardiopatas onde, como já vimos, o perigo reside principalmente no coração, assim como nos casos raros de insuficiência cardíaca desencadeados pela pneumonia, a digital deverá ser utilizada e terá ação benéfica. Nos casos de fibrilação e de flutter ainda não há uma norma absoluta. As estatísticas de NILES e WYCKOFF são desfavoráveis a esse medicamento. Nesses casos poderá haver o perigo da superposição dos efeitos tóxicos

da digital, sobre um miocárdio já exposto às toxinas da moléstia.

Em resumo portanto, só julgamos aconselhável a administração da digital na pneumonia em duas situações: 1.º) quando se trata de moléstia instalada em indivíduo já cardiopata, e 2.º) quando, no decurso da moléstia, surgirem manifestações de insuficiência cardíaca congestiva. Fora dessas situações ela não deverá ser utilizada, porquanto inútil ou mesmo perigosa.

Tônicos periféricos: — Usaremos então de preferência os medicamentos de ação vascular. Entre estes são aconselhados todos os vasoconstritores e hipertensores: cânfora, cardiazol, coramina, hexetona, pitressin, adrenalina, simpamol, cafeína, etc. A cânfora, de ação tão debatida e discutida, parece ter de fato, efeitos bastante secundários. A cafeína, cuja ação se exerce principalmente através das altas camadas do sistema nervoso central, não tem provado bem, embora dê ao paciente uma sensação de bem estar. Os alemães usam bastante o cardiazol e os similares, hexetona, coramina, sob cuja ação "a saturação incompleta do sangue arterial volta ao normal e a tensão alveolar do CO₂ cai dentro dos valores normais" (JANSSEN) (17). RANDOLPH prefere a pituitária, embora não possua uma experiência suficiente. Esta aumentaria as pressões máxima e mínima, a amplitude do pulso, a ventilação pulmonar e diminuiria por outra a permeabilidade das paredes vasculares. A adrenalina seria medicamento ótimo, caso sua ação fosse mais durável. Por via muscular, além disso, sua absorção é defeituosa devido à vasoconstrição local e à insuficiência circulatória existente. Procura-se compensar essa falha administrando-se-a continuamente ou com intervalos muito pequenos. E' assim injetada na veia em diluição a 1:1000, em solução fisiológica cloretada ou em mesma quantidade de uma solução de dextrose a 5 %. A injeção deve ser lenta podendo-se, nos casos desesperados, segundo EGGLESTON (9), injetar-se de 1 a 3 litros nas 24 horas. A efedrina, possui efeito mais prolongado, embora menos acentuado. Melhor será, talvez, a associação de ambas. A estricnina é interpretada de um modo bastante variável, de acordo com os vários autores. Para MICKS (27), seria o mais aconselhável dos estimulantes de urgência, quando em doses suficientes. Para outros terapeutas falharia em todas as experiências de laboratório. Entretanto também WARFIELD (35) recomenda calorosamente a estricnina nos colapsos infecciosos, nas altas doses de 0,003 a 0,004 grs. hipodêrmicamente, de 3 em 3 horas. Da mesma opinião são JAGIB e FLAUM (16), que recomendam o uso hipodêrmico de 0,001 de estricnina juntamente com 0,2 de cafeína, 3 vezes ao dia. Para BEIGLBÖCK e JUNK (3) a estricnina, sendo de efeitos nulos a cafeína, a coramina e o cardiazol. rudar dos vasos, sendo de efeitos nulos a cafeína, a coramina e o cardiazol.

Outros processos terapêuticos são ainda utilizados. O *oxigênio* apresenta grandes sucessos ao lado de casos nulos. Os seus resultados, embora animadores, são variáveis. Nos casos em que o sangue venoso passa através do infiltrado pneumônico sem tomar contato com o ar inspirado a anoxemia é pouco influida pelo O_2 . A cianose não diminue com essa administração (18). E' porém na maior parte dos casos um medicamento de grande valor. Deve ser administrado sempre que o pulso sobe a 120, ou a respiração a 36, ou aparece cianose das unhas (1). Naturalmente deve ser utilizado *imediatamente* quando necessário, antes que a anoxemia produza danos irremediáveis, *continuadamente* porque o organismo não o armazena e em *concentração suficiente*. BARACH, com administração cuidadosa, verifica grandes melhoras subjetivas acompanhadas por diminuição ou desaparecimento da cianose e maior regularidade do pulso e da respiração. De grande importância é o modo de administração. Seria sempre recomendável o uso de câmaras onde é colocado o paciente, embora alguns prefiram o catéter nasal. Usada freqüentemente é a *glicose*, cujos resultados são também inconstantes. BULLOWA nos casos de edema agudo do pulmão, utiliza-se de uma solução de sacarose a 50 %, endovenosa, na quantidade de 100 a 150 cc. por dia, repartida em várias vezes. Como é uma solução hipertônica, forçaria o pulmão a ceder líquido para diluí-la. Ela seria preferível à glicose, que, embora provoque regressão rápida do edema pulmonar, é freqüentemente seguida de uma piora cerca de 45 minutos a 1 hora depois. O *cloreto de sódio* também tem sido usado. O processo pneumônico retém sal, donde uma cloropexia local (responsável pelo edema agudo?) com cloropenia geral. Daí o uso de cloreto de sódio em solução a 10 % até 50 cc. O *alcool* deve ser proscrito como nocivo, a não ser nos pneumônicos alcoólatras.

Da análise de todos esses medicamentos verifica-se que não possuímos ainda uma arma de eficácia comprovada para combater os sintomas de insuficiência circulatória na pneumonia. A ação inconstante de todos os meios citados, torna sua utilidade bastante duvidosa na prática.

Naturalmente de grande valor são os medicamentos usados contra o processo pneumocócico (soroterapia específica, vitamina C, quimica, sulfamidas, etc.), assim como as medidas auxiliares: dieta rica em vitaminas, administração suficiente de líquidos, repouso, etc. Para se conseguir esta última condição dever-se-á, quando necessário, recorrer à morfina. A ação desta é inteiramente favorável, dentro dos limites da prudência e da necessidade. Ela "consiste em primeiro lugar em uma sedação central, logo depois em um aprofundamento da respiração, observando-se clinicamente uma diminuição da cianose em consequência dessa maior amplitude respiratória" (JANSSEN). Deve-se levar ainda

em conta a sua ação sobre a taquipnéia dolorosa, diminuindo as excitações partidas da zona sensível, que como já vimos em aulas anteriores gozam de grande importância na produção de um estado de choque. Em um curioso trabalho, WILLIAMSON (36), dá um valor extraordinário ao sono, acreditando que ele produzirá uma bradicardia bastante útil, dificilmente obtida com a digital. Organiza então as *táboas de sono* de cada doente, tão importantes como as de pulso, respiração, etc. Não há dúvida de que o repouso é extremamente útil, todos os meios devendo ser empregados para que se consiga esse fim.

Para as *pericardites purulentas* só uma solução: a abertura, tão precoce quanto possível, por resecção de certo número (em geral da 5.^a, 6.^a e 7.^a) de cartilagens costais, para drenar a coleção de pús.

A *convalescença* deve ser lenta, pois é bastante demorado o restabelecimento da capacidade de contração dos capilares intoxicados. Nos casos em que a evolução da moléstia foi perturbada por qualquer acidente, será necessário pelo menos um mez de repouso sem a execução de trabalho algum. O retôrno às atividades será controlado por traçados eletrocardiográficos, nos casos de comprometimento cardíaco.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BARBOSA CORREIA (J.) — *Tratamento da pneumonia lobar*, Letras Médicas, S. Paulo, ano I, n.^o 1, pg. 1, fevereiro de 1934.
- 2) BECKMAN (H.) — *Terapêutica Clínica*, I, 209, Cia. Editora Nacional, S. Paulo, 1937.
- 3) BEIGLBÖCK (W.) e JUNCK (H.) — *Der Muskeltonus und seine Beziehungen zum peripheren Kreislauf*, zeits. klin. med. CXXXI, 241, 1937.
- 4) BEST (C. H.) e TAYLOR (N. B.) — *The Physiological Basis of Medical Practice*, W. Wood & Cia., Baltimore, 1937.
- 5) BROOKS (H.) — *The Cause of Death in Pneumonia*, Journ. Am. Med. Assoc., CIII, 16, 1192, 20/II/934.
- 6) BULLOWA (J. G. M.) — *The Management of the Pneumonias*, 463, Oxford Un. Press, New York, 1937.
- 7) BURRAGE (W. S.) e WHITE (P. D.) — *Digitalis in Pneumonia*, The Am. J. Med. Scs., CLXXIV 260, agosto de 1927.
- 8) COLE (R.) — *Acute lobar Pneumonia*, Nelson Loose-Leaf Living Medicine, I, 203.
- 9) EGGLESTON (C.) — *Drugs used in the treatment of Circulatory Failure in Acute Infectious Diseases*, Jour. A. M. Ass. CVII, 15, 1213, 10/X/936.
- 10) FISHBERG (A. M.) — *Heart Failure*, 631, Lea & Febiger, Philadelphia, 1937.
- 11) FREITAS (L.) — *As pneumonias no Rio de Janeiro*, A folha medica, XVII, 21, 356, 25/VII/936.
- 12) HARRISON (Jte.) — *Intradermal Salt Solution Test in Lobar Pneumonia in Children*, Journ. Am. M. Ass., LXXXIV, 17, 1258, 25/IV/925.

- 13) Citado por HEGLER (C.) — *Infektionskrankheiten und Herzmuskel, in Erkrankungen des Herzmuskels und der Herzklappen*, II Oeynhausener Aerztevereinskurs, pg. 56, Th. Steinkopff, 1933.
- 14) HOCHREIN (M.) — *Der Lungenkreislauf unter normalen und pathologischen Verhältnissen*, in *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung*, VIII Tagung, pg. 51, Th. Steinkopff, 1935.
- 15) HOWARD (C. P.) — *The Diagnosis and Treatment of Pneumonia*, pgs. 84, 128, e 205, Oxford Medical Press, 1936.
- 16) JAGIC (N.) e FLAUM (E.) — *Therapie der Herzkrankheiten*, 101, Urban & Schwarzenberg, 1937.
- 17) JANSSEN (S.) — *Die pharmakologische Beeinflussung von Atmung und Kreislauf*, in *Die Wechselbeziehungen von Atmung und Kreislauf*, XI Fortbildungs-Lehrgang in Bad Nauheim, pg. 46, Th. Steinkopff, 1935.
- 18) KNIPPING (H. W.) — *Die Anoxämie*, no mesmo volume que o artigo anterior, pg. 65.
- 19) LAUBRY (C.) e COFFIN — *Endocardite infectieuse à pneumocoques terminée par la guérison*, Soc. Méd. Hôp. 24/II/938, resumo em Arch. Mal. Coeur et Vais., XXII, 9, 611, 129.
- 20) LEVINE (S.) — *Clinical Heart Disease*, 186, W. B. Saunders Co., 1937.
- 21) LEVY (R. L.) — *The Size of the Heart in Pneumonia*, Arch. Int. Med. XXXII, 3, 359, setembro de 1923.
- 22) LORD (F. T.) — *Pneumococcus Endocarditis*, citado por WHITE. *Heart Disease*, 255, Mac Millan Co., 1937.
- 23) Citado por LUTEN (D.) — *The Clinical Use of Digitalis*, 107, Ch. Thomas, 1936.
- 24) MARTINEZ (G. N.) — *Las Miocarditis*, 141, El Ateneo, 1937.
- 25) MASING (E.) — *Über unsere Behandlung der Pneumonie*, Deuts. Med. Woch., LXIII, 5, 185, 29/I/937.
- 26) MASTER (A. M.), ROMANOFF (A.) e JAFFE (H.) — *Electrocardiograph Changes in Pneumonia*, Am. Heart J., VI, 5, 696, Junho de 1931.
- 27) MICKS (R. H.) — *Essentials of Materia Medica, Pharmacology and Therapeutics*, 243, Churchill, Londre, 1935.
- 28) NILES (W.) e WYCKOFF (J.) — *Studies Concerning Digitalis therapy in Lobar Pneumonia*, Am. J. Med. Scs., 348, Setembro de 1930.
- 29) OSLER (W.) — *The Principles and Practice of Medicine*, pg. 95, Appleton & Cia., New-York e Londres, 1931.
- 30) PERRY (C. B.) — *Peripheral Circulation in Acute Lobar Pneumonia*, resumo no J. Am. Med. Ass., CII, 26, 2.235, 30/IV/1934.
- 31) RANDOLPH (B. M.) — *The Cardiovascular Problem in Pneumonia*, Arch. Int. Med., XLIII, 2, 249, fevereiro de 1929.
- 32) SHIPLEY (A.) e WINSLOW (N.) — *Purulent Pericarditis*, Arch. of Surg., XXXI, 3, 375, setembro de 1935.
- 33) STADIE — citado por CLARK (A. J.) — *Applied Pharmacology*, 388, Churchill, Londres, 1935.
- 34) TEISSIER (P. J.) e DUVOIR (M.) — *Les affections du Péricarde*, in Roger, Vidal, Teissier, *Nouveaux Traité de Méd.*, tomo X, pte. II, Masson, 1933.
- 35) WARFIELD (L. M.) — *The Treatment of Circulatory Failure*, J. Am. Med. Ass. CVI, 11, 892, 14/III/1936.
- 36) WILLIAMSON (B.) — *Vital Cardiology*, 285, Livingstone, Edimburg, 1934.
- 37) WYCKOFF (J.), DU BOIS (E.) e WOODRUFF (I. O.) — *The Therapeutic Value of Digitalis in Pneumonia*, J. Am. Med. Ass., XCV, 17, 1243, 25/X/1930.

SYPHILIS

Rhodarsan

O arsenobenzol
da actualidade

O mais moderno,
mais espirillicida e
mais toleravel dos
arsenobenzóes. Sa-
tisfaz integralmente
às exigencias de
"standardização"
da Comissão de
Hygiene da Liga
das Nações.

DOSES:

I - 0 gr. 15	V - 0 gr. 75
II - 0 gr. 30	VI - 0 gr. 90
III - 0 gr. 45	X - 1 gr. 50
IV - 0 gr. 60	XX - 3 grs.

EMBALLAGENS:

Caixa de I e 10 ampolas de cada dose
Caixa-série clinica: 12 ampolas (total, 5 grs. 70),
para um tratamento completo.
Caixa-série completa: 6 ampolas, doses I a VI.

CORRESPONDENCIA: **Rhodia** CAIXA POSTAL, 2916 - S. PAULO

MOVIMENTO SCIENTIFICO PAULISTA

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 19 DE ABRIL

Presidente : PROF. CELESTINO BOURROUL

SYNDROMO DE COMPRESSÃO DA CAUDA DE CAVALLO; LIBERTAÇÃO CIRURGICA — PROF. EDUARDO MONTEIRO e DR. CARLOS GAMA. — Os AA. apresentaram um caso de paraplegia flácida, que evoluiu rapidamente tendo sido diagnosticado clinicamente e confirmado com os meios subsidiários do diagnostico-lapiodol e radiographia. A paciente apresentava perturbações da sensibilidade de caracter discreto a partir da VI dorsal, e de caracter accentuado abaixo de D. 12, além das perturbações motoras e atrophias musculares dos membros inferiores. Tendo-se confirmado compressão em L. 3, foi submettida a intervenção cirurgica para libertação. Verificou-se ser pachymeningite e arachnoidite lombar, que foram convenientemente cuidadas. As perturbações discretas da sensibilidade provavelmente estão na dependencia de processo semelhante, ainda não compressivo da medulla em caracter estenosante do canal, mas suficientes para determinar uma parada transitoria do lapiodol em D 6 como tambem ficou provado radiologicamente. A

paciente foi submettida ao tratamento medico pela radiotherapia profunda, e apenas um mez após a intervenção, na data da comunicação, apresentava sensíveis melhoras.

LITHOTRIPSIA CYSTOSCOPICA — DR. GERALDO V. DE AZEVEDO. — O A. faz um historico da lithotripsia ás cegas e da lithotripsia cystoscopica até a actualidade. Emprega o cystoscopia lithotriptor de von Lichtenberg-Heywalt e o cystoscopia de Morgenstern, que permite a evacuação immediata dos fragmentos do calculo sob visão. Apresenta 4 observações em que a lithotripsia cystoscopica deu excellente resultado, tratando-se em dois casos de calculos volumosos, em bexiga intolerante e de minima capacidade. O methodo estudado applicase a quasi totalidade dos calculos vesicaes. São contra-indicações (relativas); bexiga muito infectada, muito intolerante ou contrahida: estreitamento da urethra e os casos em que co-existe adenoma prostatico, cancer prostatico, diverticulo ou tumor vesical. Não ha

Nas convalescenças :

SERUM NEURO-TRÓFICO

TÔNICO GERAL — REMINERALIZADOR

RECONSTITUINTE — ESTIMULANTE

Medicação seriada

INSTITUTO TERAPEUTICO ORLANDO RANGEL
RUA FERREIRA PONTES, 146 - RIO DE JANEIRO

complicações post-operatorias e a mortalidade é nulla; são vantagens notáveis sobre a talha hypogastrica. A anesthesia preferida pelo A. é epidural.

TUMOR CYSTICO DO MAXILLAR INFERIOR — DR. J. SOARES HUNGRIA. — O A. teve a oportunidade de relatar um interessante caso (o segundo dessa natureza) por elle operado com optimo resultado conforme tivera occasião de observar, na paciente, presente na occasião. O A. descreve a technica da operação e diz que praticára a ligadura previa da carotida externa na mesma secção que fizera a hemi-secção do maxillar inferior. Documentou a observação com varios resultados de exames de laboratorio e radiographias, tendo ainda a oportunidade de apresentar a peça anatomo-pathologica, assim tambem o exame histopathologico, que será, na integra, publicado no "Boletim" da Sociedade. A communicação foi illustrada com a projecção de grande copia de diapositivos.

ALGUNS RECENTES PROGRESSOS DA OPHTALMOLOGIA — DR. MOACYR ALVARO. — O A., de inicio, accentua o caracter de divulgação que tem o seu trabalho, destinado apenas a dar aos não especialistas noticia dos ultimos progressos da especialidade. Refere-se em seguida ao rigor com que pôde ser feita hoje a determinação dos defeitos de refração ocular e á perfeição da correcção conseguida com oculos cuidadosamente adaptados. Apon-ta a necessidade de uma correcção judiciosa para poder afastar a possibilidade de uma causa ocular de padecimentos varios, como cephaea, tonturas, etc. Allude logo a seguir á influencia do estado geral do paciente sobre a sua funcção visual. Refere-se depois aos brilhantes resultados conseguidos pelo tratamento dos hordeolos re-
cidivantes pela toxina e de outras

affecções da conjunctiva e vias lacrimaes pela loco-vaccina de Besredka. Trata da medicação vitaminica nas doenças da conjunctiva e da cornea e nos casos de catarata incipiente. Refere-se á questão etiologica do Trachoma, que segundo se depreheende dos trabalhos apresentados ao Congresso Ophthalmologico Internacional do Cairo ainda é uma questão aberta. Referindo-se á prophylaxia dessa doença mostra as vantagens do tratamento do foco familiar e a adaptabilidade do systema argentino ao combate do trachoma em nosso meio. Apon-ta a necessidade de ser feita uma pesquisa rigorosa do foco infeccioso causador da doença ocular, podendo esse foco ser proximo ou afastado do organ da visão. Menciona tambem os methodos de exame actuaes que admitem fazer um diagnostico precoce do glaucoma. Evidencia a necessidade de cooperação entre o ophthalmologista e o clinico na observação das manifestações oculares da hypertension arterial e trata dos methodos empregados actualmente para o tratamento da embolia da arteria central da retina nas atrophias do nervo optico de origem tabetica neurites retrobulbares toxicas, de exophthalmia na doença de Basedow, do keratoconus, etc. Accentua a extensão actual do tratamento precoce e racional do estrabismo para conservação da visão binocular estereoscopica, praticado em todas as clinicas mais evoluídas. Refere-se por ultimo a questões de grande actualidade como a acção dos gases chamados asphyxiantes sobre o organ da visão e os meios de combater os seus respectivos effectos deletorios ás ondas curtas, aos raios Bicky, a hygiene da visão, aos tratamentos das doenças oculares por charlatães nas escolas de visão, etc., e ao ensino da ophthalmologia de accôrdo com os methodos modernos praticados nas universidades europeas.

Sociedade dos Medicos da Beneficencia Portuguesa

SESSÃO DE 3 DE MARÇO

Presidente : DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

BASES ELECTORADIO-BIOLÓGICAS DO METHODO CHIMIOPHYSIOTHERAPICO

(Conferencia) — DR. FRANCISCO FINOCHIARO. — O A. faz uma synthese das theorias modernas sobre a estrutura final da materia e dos conceitos da mechanica quantistica. Cita a opinião dos biologos sobre o phenomeno vital, concluindo que elle está inteiramente ligado a phenomenos electricos. Cita as experiencias de Pirovano, pelas quaes resulta que a essencia da vida é confiada a uma peculiar qualidade ("investitura") electrica da materia. As energias que a materia vivente recebe do exterior e transforma, provêm das irradiações hertzianas, raios cosmicos, raios de substancias radioactivas do ambiente do sol, etc., além das irradiações internas provenientes do potassio. Das irradiações produzidas nos laboratorios e daquellas obtidas por corpos radioactivos, as mais activas são as secundarias, que varios auctores aproveitam para experiencias biologicas. Pela presença de elemento de peso atomico alto se obtem a produção de raios secundarios de grande ef-

feito biologico e com poderes inhibidores sobre o crescimento e bactericidas, sendo os raios secundarios corpusculares, analogos aos raios ultra violeta. Cita trabalhos da Escola Romana, iniciados por Ghilarducci e as experiencias importantes de Rivera sobre o effeito á distancia de metaes que confirmam a theoria sobre a acção dos raios secundarios. Das experiencias clinicas realizadas pelo A., desde 1934, com a roentgentherapia e um irradiador secundario (o iodo) methodo pelo A. chamado chimiophysiotherapico para o tratamento conservador da tuberculose extrapulmonar, os processos inflammatorios varios (lymphagranuloma inguinal, esporotricose, abcessos, flegmões, etc.) deduziu as seguintes conclusões : a) as doses empregadas são reduzidas em relação ás doses antigas, o tempo de cura menor. Além de um synergismo, ha provavelmente uma exaltação de effeito. b) o tratamento conservador nos processos agudos, além de ser rapido evita todos os inconvenientes dos meios cruentos. O trabalho sahirá publicado na integra em Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 21 DE OUTUBRO

Presidente : DR. PAULINO LONGO

IMPRESSIONES DE RECENTE

VIAGEM A' EUROPA — PROF. PACHECO E SILVA. — Depois de se referir á recepção feita aos representantes do Brasil em Paris, o A. discorreu sobre a realização do "Segundo Congresso Interna-

cional de Sanatorios e Casas de Saude Privados" organizado pela Federação Internacional de Hygiene Mental". Encerrando esta parte da sua palestra, o prof. A. C. Pacheco e Silva falou sobre os trabalhos do "Primeiro Congresso

Internacional de Psychiatria Infantil", relatando as communicações apresentadas pela delegação brasileira áquelle certamen. Relatou a seguir a excursão realizada através de alguns paizes da Europa, tecendo commentarios sobre os mais modernos institutos e clinicas psychiatricas. Em Friburgo a caravana medica chefiada pelo conferencista visitou as clinicas psychiatricas distinguidas no paiz pelo desenvolvimento que ahi alcançou a ergotherapia applicada ás doenças mentaes. Depois de passarem por Heildeberg atingiram os medicos brasileiros a cidade de Frankfort. Aqui de-

tem-se o orador em apreciações á clinica neuro-psychiatrica, dirigida, naquella cidade, pelo prof. Kleist. E' a clinica mais moderna da Allemanha, tendo custado quinhentos mil marcos. Em Colonia, a convite da "Casa Bayer", percorreram os seus estabelecimentos de Leverkusen. Referindo-se á estada em Berlim o orador demorou-se na exposição das observações que fez aos Institutos de Eugenia e Antropologia dirigidos, respectivamente, pelos professores Schuett e Ficher. Encerrando sua exposição, referiu-se ainda aos institutos visitados em Munich, Vienna e na Italia.

SECÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 6 DE DEZEMBRO

Presidente: DR. PAULINO LONGO

TUMORES MENINGEUS — DR. WALTER E. MAFFEI. — Referiu o A. que se utilizou, para documentação do trabalho, de 33 casos pertencentes á collecção do Departamento de Neuro-pathologia da Faculdade de Medicina. Iniciou a sua conferencia estudando os elementos componentes das membranas medulares e encephalicas, referindo que a parte embryologica ainda é objecto de discussão. Depois de analysar os estudos de diversas escolas nesse capitulo, chegou á classificação de Cushing, que deu a todos esses tumores a designação generica de meningiomas. Passou a estudar os meningiomas em suas relações com as meninges, que, via de regra, crescem na face interna e nos seus 33 casos apenas um se localizou na face externa. Abordou as hyperostoses dos meningiomas craneanos que muitas vezes podem assumir o aspecto de um tumor osseo e só pela intervenção cirurgica se descobre o tumor nervoso; muitas vezes essas exostoses constituem o unico signal de meningioma. Referiu que são neoplasias da idade adulta e raros são os casos abaixo de 2 annos.

Abordou os pontos mais frequentes de desenvolvimento des-

ses tumores na dura-mater. Passou em seguida a estudar o quadro histologico desses tumores. Alguns autores consideram-n'os como epitheliomas e outros ainda, como fibroblastomas. Relatou em seguida a catalogação de Baylius sobre esses tumores em nove grupos, a unica que permite a descripção dos respectivos quadros histologicos. O 1.º grupo correspondendo ao meningioma do typo mesenchymal; o 2.º grupo correspondendo ao angioblastico; um outro grupo ao psamomatoso, num outro a variedade osteoblastica. Abordou a recidiva desses tumores, nas metastases, citando 2 casos de metastases na bexiga e pulmão, os unicos existentes na literatura de seu conhecimento. Estudou em seguida a genese desses tumores e a natureza sobre o que não ha duvidas, constituídos de tecido conjunctivo. Certos autores dão-lhes uma origem neuro-epithelial, ao que o A. contesta, pois em seus 33 casos, não foram encontrados cellulas neuro-epitheliaes e nem concomitancia de neuro-fibromatose, argumento apresentado pelos defensores dessa theoria. Estuda em seguida o typo melanoblastico, o typo li-

gomatoso e por fim um ultimo tipo, o cholesteatoma embora não faça parte dos tumores meningianos, de localização habitual no angulo cerebellar.

Commentarios : Dr. Paulino Longo : Agradeceu ao A. a magistral comunicação, que vem encerrar com feixe de ouro a sua gestão nesta Secção.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE DEZEMBRO

Presidente : DR. SOARES HUNGRIA

SYSTEMATIZAÇÃO DA TÉCNICA E DA TÁCTICA DAS LOBECTOMIAS THYREOIDIANAS - DR. S. HERMETO JR.

— O A. inicia o seu trabalho salientando as noções basicas da anatomia cirurgica da thyreoide, principalmente as relações da bainha visceral perithyreoidiana com os planos visceral e musculares da região e com os pediculos arteriaes, defende a concepção de Seibeleau-Truffert. O A. refere as suas pesquisas sobre as relações da arteria thyreoidiana inferior e nervo recorrente, mostrando as diferenças entre os lados direito e esquerdo. A inervação da thyreoide é analysada à luz das pesquisas de Braenker. Baseado nestes dados da anatomia cirurgica, o A. salienta os principios basicos que deverão orientar, tanto a technica, como a tactica. Tendo em vista os dados anatomicos e physiologicos, o A. defende a ligadura das aa. thyreoidianas ao nivel da superficie glandular, e não a maneira de De Quervain, Crille e Riehno. Levando em conta as numerosas technicas existentes, o A. procura systematisar uma technica padrão para as lobectomias, levando em conta : a) condições anatomopathologicas do lobo glandular em que se intervem ; b) a integridade circulatoria e nervosa da pequena lamina thyreoidiana conservada ; c) e a integridade dos nervos recorrentes e laryngeos superiores bem como das parathyreoides. O A., dentro das condições anatomicas variaveis dos diferentes bocios basedowificados, indica as variantes tacticas a seguir, partindo daquella technica padrão. O A. salienta os bons resultados da technica que apresenta.

Commentarios : Dr. Arouche Toledo : O A. deu-nos hoje uma brilhante conferencia, cheia de preciosos ensinamentos e tendo citado o cirurgião Henry Welti, devo referir que tive occasião de o ver praticar algumas thyreoidectomias, cuja technica é essa que o dr. Hermeto com tanto brilhantismo descreveu. Num caso que assisti, Henry Welti operou com uma grande quantidade de pinças, 200 a 300, ficando o campo aparentemente exangue, e os resultados que tem obtido devem-se justamente aos cuidados exaggerados que elle tem com a hemostasia.

O dr. Sebastião Hermeto Jr. diz que o dr. Arouche viu o dr. Henry Welti operar, e fal-o lembrar a proposito, que em 1932 esse A. tinha 89 casos de Basedow puro e a custo da sua technica demorada e precisa registrou apenas um caso de morte. Representam pois um valor os resultados que obteve na pratica da lobectomia mediana, e que devem ser attribuidos á ligadura systematica de que faz uso e aconselha.

Dr. Soares Hungria : Hoje observa-se uma quantidade exaggerada de toxicoses nas enfermarias de mulheres, assumpto esse de maxima importancia e que se deve tratar com todo o carinho. Num caso recente durante o pré-operatorio, uma doente teve uma syncope e falleceu. Este anno, na Argentina, vimos o prof. Gutierrez operar, cuja technica nos impressionou muito mais que a que vimos em outros centros. Gutierrez, que tambem é anatomista, opera com uma precisão extraordinaria sobre a thyreoide.

Quero também felicitar o A., a quem já estamos habituados a ver tratar de assumptos tão importantes. Apenas sobre o final da operação desejaria lembrar que

estamos habituados a tirar os pontos em 24 horas, ficando o signal da incisão linear que após 20 dias o doente quasi que não tem signas da operação soffrida.

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SYPHILIGRAPHIA, EM 11 DE DEZEMBRO

Presidente : PROF. AGUIAR PUPO

GRANULOMA VENEREO — DR. MENDES DE CASTRO. — O A. apresenta um doente de granuloma venereo que vem sendo tratado com exito pelo tartaro emetico. Foram feitos cortes histologicos, exames directos e culturas sem que se chegasse a uma conclusão exacta pelos exames de laboratorio. O aspecto clinico porém era o de granuloma venereo, pelo que foi iniciada a therapeutica preconizada por Vienna, dando optimo resultado. O A. apresenta o paciente e photographias do caso estudado.

Commentarios : Prof. Aguiar Pupo : Trata-se de um caso onde a symptomatologia do granuloma venereo era evidente e onde o exame directo da secreção e a his-

topathologia nada mostrou ; entretanto o tratamento veio confirmar o diagnostico clinico, dada a especificidade da medicação antimonia. Nem sempre as provas culturaes do granuloma são positivas e não se pode affirmar que os germens encontrados sejam os especificos dessa affecção, comquanto os corpusculos com suas caracteristicas proprias, possam confirmar o diagnostico clinico. O caso em apreço trata-se pois de um que teve o diagnostico confirmado pela prova therapeutica. Quanto á etiologia do granuloma, corroboro a opinião de Lutz, de que o agente granuloma é um protozoario, pois a especificidade do antimonio orienta-nos nesse sentido.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE DEZEMBRO

Presidente : DR. PEDRO DE ALCANTARA

MENINGITES E MENINGO-ENCEPHALITES DA CACHUMBA — DRS. GOMES DE MATTOS e JACOB WOISKI. — Os AA. apresentam 3 observações de crianças com complicação meningítica (2) e meningo-encephalite (1) secundaria á parotidite epidemica. Leram as observações com todos os detalhes, chamando attenção para os achados do liquido cephalo-rachidiano, no qual a intensidade das reacções biologicas não correspondia á discreção da symptomatologia clinica, facto, aliás, já assinalado. Terminada a leitura das observações, passam a estudar, apoiados em farta literatura compulsada, o mechanismo etiopathogenico das complicações nervosas da cachumba. Chamam attenção para a affinidade do virus causa-

dor para o systema nervoso, citando a frequencia das reacções biologicas do liquor independente de quaesquer manifestações clinicas. Citam estatisticas de diversos A.A. que punccionaram doentes de cachumba sem symptomatologia nervosa e encontraram sobretudo pleiocytose. Ainda em apoio desta affinidade lembram as meningites parotidianas primitivas e as autonomas. Estes factos e outros fizeram crer a alguns AA. que o virus tivesse uma localização primitiva no systema nervoso e secundaria no tecido glandular. Estudam em seguida a symptomatologia clinica, detendo-se nas analyses das reacções do liquido cephalo-rachidiano. Fazem o diagnostico differencial com diversas meningites, principalmen-

te com a meningite tuberculosa. Terminam fallando sobre o prognostico sempre favoravel da doença mas com uma incognita sobre os resultados tardios. Referem tambem o valor therapeutico da punção lombar e dos medicamentos aconselhados.

Commentarios : O dr. Espirito Santo felicitou os AA. do trabalho pela erudição dos mesmos e por assignalarem que a parotidite não é tão benigna como se pensa. Referiu nunca ter encontrado um caso de meningite post-cachumba. Acredita ser util e, de alcance pratico punccionar pre-

ventivamente, sempre que houver symptoms de meningite.

O dr. Pedro de Alcantara agradeceu aos communicantes e pediu ao dr. Gomes de Mattos para esclarecer uma duvida que tem. Perguntou quaes os elementos de diagnostico nas formas autonomas de meningite?

O dr. Gomes de Mattos informou que no caso de epidemia pode e deve-se pensar em meningite determinada pelo virus da cachumba sempre que na casa do doente haja alguem com cachumba e porque a localização do virus nas meninges confere immundade mesmo para a forma parotidiana.

SECÇÃO DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA, EM 17 DE DEZEMBRO

Presidente : DR. FRANCISCO HARTUNG

ESTRABISMO E ADENOIDES - DR. PAULO MANGABEIRA ALBERNAZ. — Apresentação do caso de um menino estrábico havia mais de 5 annos, em uso de vidros correctores, em que o estrabismo era intenso, mas não estava em relação com o defeito visual (hypermetropia de mais e astigmatismo discreto). Apesar disso, o estrabismo manifestava-se immediatamente após a retirada dos oculos. Com a rasagem de adenoides e a ablação das amygdalas, o estrabismo desapareceu immediatamente e não mais se manifestou (mais de um anno de observação). Poppi accentua esta relação entre o estrabismo e as adenoides, mas nos seus casos a cura se verificou mezes depois da intervenção. Para este A., o estrabismo funcional resulta de um obstaculo a fusão normal das imagens maculares dos dois globos. Parece que o estrabismo decorre simultaneamente de varias causas. No caso referido é indiscutivel a acção do defeito visual, visto como os oculos o corrigiam. Mas é innegavel a acção das adenoides, pois, uma vez eliminadas, o estrabismo não mais se manifestou. O A. chama a attenção para

este caso por ser esta relação entre as adenoides e o estrabismo muito pouco conhecida, não só dos rhino-laryngologistas, como dos oculistas.

Commentarios : Dr. Hartung : Referiu que commentar scientificamente o trabalho do A. não é facil, porquanto se trata de um assumpto vago é o melhor modo de nos manifestar sobre o trabalho é o de nos reportar á unanimidade obtida na eleição da mesa effectuada ha pouco e não fora as intemperies de hoje teria a eleição uma significação maior. Pensa que a correlação ventilada pelo A. dá margem á muita innovação e progresso, bastando lembrar o que se passou entre o problema focal, sinusal e a pathologia ophtalmologica. Annos atraz estabeleceu-se uma relação de causa e effeito entre a nevrite retrobulhar, a pathologia do esphenoide e do ethmoide, entusiasmo esse que foi seguido de desanimo, surgindo a esclerose em placas. Refere estar com um caso de embolia da arteria da retina que accidentalmente melhorou com a operação de Caldwell-Luc, feita ha 4 dias e que espera submet-

tel-o á apreciação do dr. Manga-beira.

CHIMIOETHERAPIA DAS INFECÇÕES ESTREPTOCOCCICAS EM OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA — DR. HOMERO CORDEIRO. — O tratamento das infecções estreptococcicas, e principalmente o das meningites produzidas pelo estreptococco hemolytico, fez grandes progressos nestes ultimos cinco annos, pela introdução na clinica, de novos e valiosos agentes therapeuticos.

Os brilhantes resultados obtidos em França, desde 1832, com o emprego do novo sôro antiestreptococcico do Prof. Vincent, no tratamento das meningites estreptococcicas otogenicas, marcam o inicio das primeiras victorias alcançadas no combate a tão mortíferas infecções.

Mas, um dos acontecimentos mais importantes da therapeutica estava reservado á chimiotherapia. Em 1935, Domagk, na Allemanha, em collaboração com os chimicos Mietzch e Klares, após numerosas pesquisas experimentaes feitas nos laboratorios da I. G. Farbenindustrie A. G., verificaram que, ligando-se um *grupo sulfamido á crisoidina* — materia corante azoica de fraco poder bactericida, — havia a formação de um composto, a *sulfamido-crisoidina*, de grande acção antiestreptococcica e que permittia curar, numa proporção de 60 a 100%, os camundongos infectados pelo estreptococco hemolytico, ao passo que as testemunhas morriam todas 24 a 48 horas depois, de uma septicemia fulminante.

Esse novo composto sulfamido-crisoidina foi denominado de *Prontosil* na Allemanha, de *Rubiazol* em França, de *Prontilin* e *Sulfanilamide* nos Estados Unidos, de *Strepticide* na Russia, etc.

Com a publicação dos trabalhos de Domagk, innumeradas pesquisas experimentaes e clinicas tiveram inicio na Allemanha, França, Inglaterra e Estados Unidos, com o fim de verificar o mecanismo de

acção desse novo preparado no organismo, vis-á-vis ao estreptococco, bem como para determinar o seu modo de absorpção e de eliminação.

Segundo o proprio Domagk, a sulfamido-crisoidina ou os productos de sua transformação no organismo, agem atacando directamente o estreptococco, inhibindo-o e tornando-o apto a ser fagocitado.

Levaditi e Vaissman, empregando tanto o *Prontosil* como o *Rubiazol*, constataram resultados de conjuncto iguaes aos de Domagk e verificaram que a sulfamido-crisoidina exaltava os meios de defesa naturaes do organismo, impedia os estreptococcos de se incapsularem e neutralisava as leucocidinas e hemolysinas por elles secretadas.

Long e Bliss, como tambem Gay, observaram um augmento na actividade fagocitaria dos leucocitos polyphormosnucleares e mononucleares, após a administração do *Prontosil*.

Colebrook e Kenny, empregando o novo preparado no "Queen Charlotte's Hospital", de Londres, conseguiram baixar a mortalidade da febre puerperal, de 22 para 8%.

Tonndorf, Schreus, Junk, Forstreuter e muitos outros autores, conseguiram bons resultados no tratamento da erysipela, principalmente na dos lactantes, de tão mau prognostico.

Peters, Havard, Palmer e Guillard empregaram com successo a sulfamido crioidina na escarlatina e nas anginas estreptococcicas.

Nesse interim, Tréfouel, Nitti e Bovet, collaboradores de Fournau, depois de estudarem numerosos compostos chimicos semelhantes ao *Prontosil*, constataram que a funcção azoica, a qual estava ligada a propriedade corante desse corpo, não tinha acção antiestreptococcica, e, suggeriram então uma hypothese, para explicar a actuação da sulfamido-crisoidina no organismo.

Segundo esses autores, a molecula de sulfamido-crisoidina é decomposta no tubo digestivo, e os dois nucleos benzoicos que, unidos por uma ligação azoica, formam esse corpo, são separados e põem em liberdade uma molecula de *para-amino-fenil-sulfamido* e outra de *tri-amino-benzeno*. Mas sómente a molecula de *para-amino-fenil-sulfamido* ou 1162F tem poder anti-streptococcico: é o nucleo activo da sulfamido-crisoidina.

Esta hypothese, baseada em constatações chimicas e biologicas, foi confirmada por Goisselet e Poulain, em França, por Colebrook, Kenny, Buttle, Gray e Stephenson, na Inglaterra, por Long, Bliss e Rosenthal, nos Estados Unidos.

Recentemente Colebrook, Buttle e O'Meara trouxeram novos argumentos a favor da hypothese de Tréfouel e seus collaboradores: verificaram que em determinadas condições e principalmente em presença de um pequeno numero de estreptococos, o nucleo para-amino-fenil-sulfamido se mostrava bactericida "in vitro", o mesmo não acontecendo ao Prontosil. Mas, provocada a redução deste "in vitro" (adicionando-se chlorhydrato de cistina), com a libertação da para-amino-fenil-sulfamido, tornava-se também bactericida "in vitro". Além desses factos, constataram que o sangue dos doentes e dos animaes de laboratorio tratados indifferentemente pelo Prontosil ou pela para-amino-fenil-sulfamido, adquiria também poder bactericida in vitro.

Entretanto Glay e Girard são de opinião que o segundo nucleo da sulfamido-crisoidina, reunido ao da para-amino-fenil-sulfamido pela ligação azoica, desempenha parallelamente ao primeiro nucleo, um papel importante na acção anti-microbiana.

Segundo as pesquisas de Marshall, Emerson e Cutting, e confirmadas por Kellner e Fuller, nos doentes tratados pelo Prontosil, em doses diarias, no fim de dois a tres dias estabelece-se um

equilibrio entre a absorpção e a eliminação do remedio, que é encontrado nas urinas, na proporção de 75 a 100%. Sómente tres a quatro dias após suspensão do tratamento é que o organismo fica livre do mesmo.

Marshall, Fuller e outros, proseguindo nas suas pesquisas, encontraram a para-amino-fenil-sulfamido no sangue, no liquido cephalo-rachidiano e também no liquido pleural, o que demonstra o grande poder de penetração do medicamento no organismo.

Segundo Marshall, a concentração da sulfamida no sangue pôde attingir 11 a 16 millgr. por 100 cc. de sangue; no liquido cephalo-rachidiano, 6 a 6,5 millgr. por 100 cc.

Proom e Buttle demonstraram que sua concentração no sangue humano na proporção de 1 para 5.000, era sufficiente para exercer uma acção anti-streptococcica.

Além do seu poder bactericida nitido sobre o estreptococco, trabalhos recentes de Schwentker, Gimon, Proom, Dess, Colston e Ary Siqueira mostraram que a sulfamida e seus derivados têm também certa acção sobre o meningococco, sobre o pneumococco e sobre o gonococco.

Sob o ponto de vista oto-neurologico, o facto do Prontosil e seus similares terem sido encontrados no liquido cephalo-rachidiano, o que prova a permeabilidade das meninges a esses medicamentos, — veio assignalar um progresso notavel no tratamento das meningites estreptococcicas, principalmente nas otogenicas do typo hemolytico.

Naturalmente nesses casos, a conducta a seguir deverá ser sempre intervenção cirurgica e sulfamidoterapia.

Apezar da sua applicação recente no tratamento das meningites estreptococcicas, na literatura já tem apparecido muitos casos de cura.

Por occasião da XVII.^a reunião da Sociedade Americana de Otolgia, realisada em 28 de Maio ultimo em Long Beach, apresen-

tando o seu parecer sobre o thema "Meningite otogenica", disse textualmente Dwyer, do comité de New York: "No ultimo anno transcorrido, a literatura mundial sobre o assumpto foi fertil em porcentagens de cura, attingindo cifras nunca antes conseguidas. O emprego da Sulfanilamide em suas varias formas e tambem combinado com substancias diversas, trouxe o maior desenvolvimento na therapeutica dessas meningites".

Dentre os 42 casos de cura que foram notificados ao comité de New York, destacaremos os seguintes: Neal Jackson, e Appelbaum, com 9 curas de meningite estreptococcica hemolytica em 11 doentes; Cuning, com 6 curas em 9 doentes e, Schwentker, Clason, Morgan, Lindsay e Long, com 3 curas em 4 doentes, tratados todos pela sulfamido-crisoidina e seus derivados (Prontosil, Prontilin, Sulfanilamide, etc.).

E' uma porcentagem formidavel de curas e marca realmente uma das maiores conquistas da therapeutica moderna.

Além desses casos apresentados pelos otologistas americanos, citaremos mais os seguintes:

Na Inglaterra, Clayton e Lucas publicaram este anno a observação de um caso de cura de meningite otogenica pelo Prontosil. Outro caso identico foi divulgado por Vitenson e Konstam.

Em França, Caussé, Gisselbrecht e Loiseau conseguiram curar rapidamente outro caso, empregando o Rubiazol por via endovenosa e buccal. Com a mesma medicação, Rouget e Vaidie constatarem duas curas. Van Nieuwenhyuse, bem como Lallement e Pollet, conseguiram curar dois casos de meningite estreptococcica, com Rubiazol e sôro anti-estreptococcico de Vincent.

Para rematar essa serie brilhante de curas, cumpre-nos assignalar que entre nós já existe a primeira cura de meningite estreptococcica pelo Prontosil: trata-se de um caso de Mario Ottoni, cuja

observação ser á apresentada detalhadamente logo adiante.

Os productos anti-estreptococcicos actualmente empregados na clinica derivam todos do nucleo para-amino-fenil-sulfamido ou 1162 F, seja conservando sua ligação azoica, dando os *corpos corados*, como o *Prontosil solúvel*, o *Rubiazol* (oral e injectavel), etc.; seja supprimindo-a, produzindo os *corpos brancos*, como *Prontosil album*, o *Prontilin*, a *Sulfanilamide*, a *Septazine*, o *Stoppon*, que são administrados pela via oral.

O primitivo Prontosil (injectavel e comprimido) era o chlorhydrato de sulfamido-crisoidina. O actual *Prontosil solúvel*, distribuido pela "Chimica Bayer", contem o sal disodico do 4'-sulfonamido-fenilazo-7-acetilamino-1-oxi-naphtalina-3,6-acido disulfonico, em solução a 2,5%. O *Prontosil album* contem 0,3 de p-amino-fenil-sulfamido, como principio activo.

O actual *Rubiazol* (injectavel e comprimido), distribuido pelos Laboratorios Silva Araujo-Roussel, é um derivado carboxilado da sulfamido-crisoidina e contem sol. de sal disodico do acido 4'-sulfamido fenyl azonaftol 1-acetilamino-7-disulfonico 3,6.

A *Septazine* ou 46 R. P., distribuido pela Rhodia Brasileira S. A., é um derivado benzilado da p-amino-fenil-sulfamido, e é, de todos os derivados brancos, o menos toxico.

O *Stoppon*, do Inst. de Therapeutica "Purissimus", é uma reunião do p-amido-fenil-sulfamido e do taurocolato de sodio.

No que se refere á toxidez, parece confirmado que os derivados da sulfamido-crisoidina, corantes, são mais toxicos do que os brancos.

Quanto ás vias de administração, a tendencia actual é pela via oral, combinada com a intra-muscular, nos casos graves. A via endovenosa está completamente abolida na pratica. Nas meningites tem sido utilisada a via intrarachidiana, injectando-se 15 a 20 cc. de uma solução physiologica

de Prontosil soluvel a 0,8%. Mas, depois que Marshall e seus colaboradores demonstraram que, pela administração oral, a concentração da sulfamida no liquido espinal era accentuada, quasi igual á do sangue, a injectão intra-espinal ornou-se desnecessaria.

A questão da dose diaria ainda é empirica e dependente da gravidade do caso. Uns empregam doses exaggeradas e outros, mais moderadas.

Segundo Long e Bliss, a maior parte dos doentes humanos tolera muito bem, mesmo durante um mez em seguida, doses quotidianas de uma grammma de para-amino-fenil-sulfamido, para cada 9 kilos de peso.

Schwentker e seus collaboradores consideram 5 gras. do remedio, como dose maxima diaria utilisavel sem prejuizo para o organismo, que será dividida em 4 partes e tomadas de 6 em 6 horas.

Quanto á accidentes, foram assinalados alguns casos de sulfohemoglobinemia e meta-hemoglobinemia. Mas, ficou tambem constatado que essas alterações globulares só appareciam de modo accentuado, quando os doentes, durante o tratamento pela sulfamida, faziam concomitantemente uso de sulphato de magnesia ou de sodio. Portanto, os *sulphatos* em geral deverão ser completamente abolidos enquanto durar o tratamento. A contagem globular repetida é aconselhavel, principalmente nos pacientes submetidos á tratamento prolongado.

Nos casos de meningites ha pouco citados os americanos empregaram doses diarias enormes: a 10 cc. de Prontosil soluvel cada 4 horas e ingestão de 5 a 15 grs. de Prontilin cada 6 horas. Os francezes administram 20 cc. de Rubiazol injectavel e 6-8 comprimidos de 0,25 de Rubiazol por dia. Os allemães preconizam, em média, 5 a 10 cc. de Prontosil soluvel e 3 a 6 comprimidos de 0,30 de Prontosil album, diariamente.

Esse tratamento deverá ser continuado mesmo alguns dias depois

da cura, afim de evitar recidivas, pois a immunidadé é de pouca duração.

Segundo os autores, o Prontosil e seus similares não acarretam chímio-resistencia especifica.

Nas creanças e lactantes, a dose diaria deverá ser reduzida respectivamente á metade e á quarta parte da do adulto. Com menos de dois annos de idade é aconselhavel, após a ingestão do remedio, a administração de seis gottas de uma solução a 12,5% de acido chlorhydrico diluido, com o fim de facilitar o desdobramento da sulfamida no tubo digestivo. Essa mesma pratica será seguida em todos os casos de hypocondria.

Os productos corados, como o Prontosil soluvel, quando empregados com doses elevadas, occasionam o apparecimento de uma coloração amarellada da pelle e das mucosas, que desaparece uma vez suspensa a medicação. O mesmo dá-se com a urina, que toma a cor amarello-avermelhada durante o periodo de tratamento.

Em oto-rhino-laryngologia, além do tratamento das meningites estreptococcicas, que mereceu da nossa parte especial destaque os derivados da sulfamido-crisoidina têm sido empregados com successo em todas as affecções cujo germen causador é o estreptococco.

Assim é indicado nas anginas agudas estreptococcicas, com reacção ganglionar intensa, nas otites medias agudas, principalmente nas post-escarlatinosas, na erysipela da face e da cabeça, etc.

Terminada esta nossa exposição, — cujo unico fim foi fazer um pequeno resumo dos principaes trabalhos publicados nestes dois ultimos annos sobre a sulfamidoterapia, — vamos apresentar as observações dos nossos casos.

1.º CASO: Em 26-11-1936 o nosso distincto collega Dr. Luiz D'Andréa pediu-nos para examinar um seu cliente, A. P., italiano casado, com 56 annos, que desde a manhã desse dia estava muito agitado, com 39º de temperatura e sentindo muita dor na

região mastoidéa direita, que estava edemaciada e vermelha. Ao primeiro exame pensou o collega em mastoidite aguda e, como não era especialista, pediu a nossa opinião. A' tarde fomos examinal-o e verificamos tratar-se de erysipela. O exanthema, que pela manhã era frusto, já se extendia ao pavilhão da orelha e a hemiface desse lado, com grande infiltração e rubor de toda a região. Aconselhamos a ser praticada nesse mesmo dia uma injeção intra-muscular de 5 cc. de Prontosil solúvel. No dia seguinte cedo, nova injeção de 5 cc. A' tarde o doente sentia-se muito melhor e o effeito do Prontosil se patenteou pela quédá rapida da temperatura, que chegou logo á normal, e pela paralyção da marcha do exanthema. Nos dias subsequentes, novas injeções até completar cinco. Regressão rapida da infiltração e das bolhas. No fim de uma semana estava o doente completamente curado. Vinte dias depois, pequena recidiva, que logo cedeu com a applicação de mais uma serie de 5 injeções de Prontosil,

2.º CASO : Em 5-3-1937 fomos chamados para examinar um parente, o menino J. P. C., de 5 annos de idade, que estava muito febril (39,5º) e com muita dôr de garganta. Exame : Amygdalas volumosas, hyperemiadas, com numerosos pontos brancos disseminados. Dysphagia intensa. O que chamava a attenção era uma grande tumefação do lado esquerdo do pescoço, provocada por exaggerada reacção de quasi todos os ganglios dessa região. Suspeitando tratar-se de uma infecção estreptococcica, aconselhamos injeções intra-musculares diarias de 3 cc. de Prontosil solúvel. As amygdalas desinflammaram-se rapidamente. A adenopathia cervical, no terceiro dia ainda não tinha regredido, mas não era mais sensível á palpação. Com applicação de diatermia (ondas curtas), tudo cedeu no fim de 12 dias. Ao todo, foram feitas 5 injeções de 3 cc. de Prontosil.

3.º CASO : (Da nossa clinica particular) : A. P. S., brasileiro, viuvo, com 42 annos, pharmaceutico em Monte Alegre, neste Estado.

Procurou-nos em 21-12-1936, queixando-se que ha nove mezes sentia uma irritação permanente de toda a pharynge caracterizada por ardôr e secura. Não é sujeito a anginas. Nunca fica rouco. Tem feito embrocações e gargarejos os mais variados, sem obter melhora. Ha pouco tempo fez tratamento anti-luetico intenso, sem resultado. Como ha um anno perdeu a esposa de tuberculose do larynge, ficou receioso da sua gargante e resolveu vir a S. Paulo consultar um especialista.

Exame : Amygdalas pequenas, de aspecto normal. Intensa vermelhidão da mucosa da parede posterior da pharynge, com pequenos vasos salientes e de distancia em distancia, pequenas granulações hyperplasticas recobertas de exudato catarrhal. Larynge : normal.

Suspeitando tratar-se de uma infecção estreptococcica, aconselhamos que fizesse 10 injeções de 5cc. de Prontosil solúvel, voltando á consulta quando tivesse terminado o tratamento.

No fim de um mez voltou, contando-nos que estava completamente curado e que as melhora começaram a manifestar-se depois da terceira injeção. Examinado o paciente, verificamos que de facto a mucosa da parede posterior estava lisa e de coloração normal.

Ha pouco tempo escreveu-nos contando que continuava a passar bem.

4.º CASO : (Do nosso serviço da Caixa de Pensões e Aposentadorias da Companhia Telephonica) : N. Z., brasileira, casada, com 26 annos. Desde menina que sofre de anginas. Já teve varios abcessos peri-amygdalianos, que se romperam expontaneamente, com excepção do ultimo, que incisamos ha 6 mezes atras. Voltou á consulta em 7-8-1937 com

nava inflamação da amygda direita, iniciada ha dois dias. Temperatura, 39,6°; deglutição quasi impossivel, mesmo para os liquidos. Vóz fanhosa. Exame: Amygdala direita intensamente congesta e augmentada de volume, recalcando para a frente o pilar anterior. Infiltração de toda a zona circumvisinha. Pelo toque, não havia ponto de fluctuação. Diagnostico: Angina flegmonosa aguda com tendencia á abcedarse. Certos de que no dia seguinte teriamos que abrir o abcesso peri-amygdaliano, receitamos gargarejos hemolientes quentes e, por curiosidade scientifica, aconselhamos que tomasse naquelle mesmo dia uma injeção de 5 cc. de Prontosil soluvel. No dia seguinte voltou a doente á consulta e relatou-nos que, chegando á sua casa, tomou logo a injeção e que duas horas depois começou a sentir um accentuado allivio na garganta, desaparecendo com tanta rapidez as dôres que, no jantar, poude alimentar-se quasi normalmente. A' noite, a temperatura tambem tinha descido a 37°. Dormira muito bem e hoje de manhã acordára completamente boa: sem a minima dôr de garganta e sem febre. Examinando a doente, constatamos a formidavel modificação que se tinha operado em menos de 24 horas: regressão quasi completa da angina flegmonosa e da infiltração dos tecidos vizinhos. Contou-nos ainda a doente que não se utilisára do gargarejo receitado. Concluimos que se tratava de uma angina estreptococcica brilhantemente curada com uma injeção de Prontosil. Para consolidar a cura, foram feitas nos dias subsequentes, mais 4 injeções. Um mez depois praticamos-lhe a amygdalectomia.

5.º CASO: O. T. brasileira, com 18 annos, residente em Passo Fundo, Estado do Rio Grande do Sul.

No dia 3-11-1937, tomou o trem no seu Estado com destino a esta Capital e, no segundo dia de viagem, começou a sentir dôr de garganta que foi se aggravando rapidamente, acompanhada de fe-

bre alta e dysphagia dolorosa. Durante os dois dias seguintes da viagem, o seu estado foi sempre peiorando, pois não podia tomar nenhum alimento e sentia-se muito abatida, com a garganta quasi fechada. Chegando a S. Paulo, seus parentes resolveram inter-nal-na na "Casa de Saude Matarazzo".

Em 6-11-37 vimos a paciente, que estava muito debilitada, e em estado de grande toxemia. Temperatura 39,2°, pulso 130. Exame: amygda direita muito congesta, vinhosa, e fazendo grande saliencia para fóra da loja. Pilar anterior intensamente avermelhado, infiltrado e abaulado para a frente. Edema da uvula. Amygdala esquerda com leve reacção inflammatoria. Os ganglios do angulo do maxillar direito estavam muito engorgitados e muito dolorosos á palpação. Salivação abundante e máu halito. Diagnostico: angina aguda flegmonosa. Com o fim de alliviar a doente e melhorar o seu estado geral que nos inquietava, resolvemos incisar um ponto da parte alta do pilar que parecia haver fluctuação, mas não houve sahida de puz. Vaccina anti-piogenica polyvalente de Bruschettini.

A' noite, a doente continuava na mesma e receiando uma evolução para septicemia, applicamos uma injeção de 5 cc. de Prontosil soluvel.

7-11-37: De manhã, o quadro geral não se modificára. Temp. 39°, pulso 120, 2.ª injeção de 5cc. de Prontosil. Revisão da incisão: não havia puz. A' tarde, contou-nos a paciente que duas horas após a applicação da injeção, começou a sentir melhoras rapidas na garganta e que actualmente quasi não sente difficuldade para deglutir. A temperatura foi descendo rapidamente até chegar a 37. Estado geral sensivelmente melhorado.

8-11-37: Accentuam-se cada vez mais as melhoras. A doente está apiretica, dormira muito bem e não sente mais dôr na garganta. 3.ª injeção de Prontosil.

9-11-37: Vae muito bem, apenas ainda um pouco enfraquecida.

Pelo exame da garganta, verifica-mos regressão quasi completa das reacções inflammatorias. Ganglios apenas palpaveis e indolores. A tarde sahiu do hospital. Nos dias seguintes fez mais 2 injeções de Prontosil e depois continuou a tomar 2 comprimidos de Prontosil album, durante uma semana.

6.º CASO : (Da clinica O. R. L. do Hosp. Humberto I. Ficha : 25.935).

A S., brasileiro, casado, com 42 annos, residente nesta Capital. Ha um mez que está doente. Começou com febre, 38º e dôr de gargante e, como não se sentisse melhor com o tratamento caseiro, no terceiro dia foi consultar um clinico. que lhe receitou embrocações com nitrato de prata e injeções de Omnadina. Durante 15 dias seguiu esse tratamento, mas dia a dia sentia-se peor. A dôr de garganta não cedia e todas as tardes a temperatura subia a 38º. Tinha muitos ganglios engorgitados no pescoço, como tambem nas axillas e virilhas. Estava emagrecendo rapidamente.

Exame (em 10-11-1937). Amygdalas de aspecto lardaceo, coberta de exudato pardacento. Pilares avermelhados. Intensa adenopathia cervical, axillar e inguinal. O doente foi encaminhado para o laboratorio do hospital para exame bacteriologico do exudato das amygdalas para pesquisar associação fusoespirilar e outros germens. Foi pedido tambem o Hemogramma de Schilling, na suspeita de angina monocitica. Os resultados foram os seguintes : "Exudato, ex. microscopico : globulos de puz, numerosos bacillos, côcos e estreptocôcos. Cultura : Estreptococco. Hemogramma de Schilling : ligeira anisocitose. Leve desvio nuclear degenerativo para a esquerda dos neutrophilos. Histiocitos endothelioides 3%. Histiocitos lymphocitoides 1%. aa. Prof. Donati". Deante desses resultados, o diagnostico foi firmado de angina estreptococcica. Receitamos injeções intra-musculares diarias de 5 cc. de Prontosil solvel. Depois da 3.ª injeção, a

temperatura voltou a normal e, no fim da quinta, desapareceram as dôres de garganta e regressão accentuada da adenopathia. O doente sente tambem o estado geral muito melhorado, tendo recuperado o appetite. Depois de completar 10 injeções, continuou o tratamento com Prontosil album (2 comprimidos por dia). Exame em 15-12-1937 : Continua a passar bem, só as amygdalas apresentam alteradas, lardaceas, mas sem exudato. Tratamento tonificante durante um mez, para então ser praticada a amygdalectomia.

7.º CASO : (Da nossa clinica particular).

B. C., brasileiro, casado, com 37 annos, residente em Ourinhos, neste Estado. *Anamnese* : Ha varios annos, que soffre periodicamente de dores de garganta discretas. Ha um mez, teve uma angina mais forte que as habituaes e em seguida começou a sentir dores articulares, ora nos membros inferiores, ora nos superiores e tambem no tronco. A conselho do clinico, iniciou tratamento adequado (salicilato, Naiodine, Atofanil, etc.), sem entretanto conseguir melhoras. As dores articulares foram sempre augmentando de intensidade, a ponto de não poder mais andar. Os braços moviam-se com difficuldade. A temperatura diaria, que oscillava entre 37 e 37,5, elevou-se para 38,5 e iniciou-se uma dysphagia dolorosa que o impedia de alimentar-se convenientemente. Vendo que seu estado se aggravava dia a dia, resolveu embarcar em 2-10-1937, para esta Capital, internando-se no Sanatorio Santa Catharina. Exame em 3-10-1937 : Doente bastante abatido, atacado de rheumatismo poly-articular, que immobilizava quasi todos os movimentos. Temperatura, 38,8. A dysphagia dolorosa era consequente a uma arthrite circo-thyroidéa. Amygdalas encastonadas e de aspecto lardaceo, que deram puz pela expressão. Como exames complementares, mandamos fazer exame de exudato das amygdalas, reacção de

Wassermann e radiographia de todas as raízes dentárias. Suspeitando de angina estreptococcica, antes mesmo de receber os resultados desses exames, fizemos no doente uma injeção intra-muscular de 5 cc. de Prontosil soluvel A' tarde, applicação de diathermia (ondas curtas) na região circothyroidéa para melhorar a dysphagia. 4-10-1938: Encontramos o doente sensivelmente melhorado, movimentando com certa facilidade os braços e desaparecimento das dores articulares e da dysphagia. A temperatura cahiu a 36°,8. Nesse dia foram feitas mais duas injeções de Prontosil, uma de manhã e outra á tarde. Resultados dos exames de laboratorio: exudato: a cultura deu estreptococco. Wassermann negativa. Radiographias dentárias: dois pequenos abcessos radiculares (canino inferior direito e 2.º molar superior esquerdo). A' tarde desse dia avulsão desses dentes.

5-10-1937: Encontramos o doente passeando sózinho pelos corredores do hospital, naturalmente com os movimentos dos membros inferiores ainda um pouco presos. Continua a passar bem, sem febre e sem dores. 4.ª injeção de Prontosil. 6-11-1937: O doente sente-se cada dia melhor. 5.ª injeção. 7-11-1937: Deante do bom estado geral do paciente, resolvemos remover os focos de infecção, praticando a amygdalectomia, que foi muito nem supportada. Sequencias post-operatorias normaes.

Em 12-10-1937 o doente continua a passar bem, sentindo ainda certo embaraço na marcha. Tomou ao todo 10 injeções de Prontosil. A' nosso conselho seguiu no dia seguinte para Poços de Caldas, afim de fazer uso dos banhos sulfurosos. Receitamos Prontosil album, 2 comprimidos por dia, durante 15 dias. Actualmente está em Urinhos e escreveu-nos que continua a passar bem, só as articulações dos joelhos ainda não estão completamente livres e espera vir logo a São Paulo para

fazer tratamento com massagens e mechanicotherapia.

O interessante desta observação é o facto do Prontosil ter agido rapida e efficazmente a ponto de permittir-nos operar o paciente cinco dias depois da sua chegada. Este caso é portanto digno de registro.

8.º CASO: (Da clinica particular do Dr. Mario Ottoni de Rezende).

Mme. M. M., com 30 annos, brasileira, casada, residente em S. Paulo. Visitada em 6-4-1936. Dóe-lhe o lado direito da garganta, ha 11 dias. Um distincto collega diagnosticára angina flegmonosa direita, que fôra aberta, nos dias que seguiram, sem que fosse encontrado puz.

Em 5-4-1936, á tarde, tivéra um calafrio seguido de 40°, tendo então, se iniciado grande infartamento dos ganglios do angulo maxillo-mastoideo do lado da angina.

Exame praticado pela manhã: Doente enfraquecida de aspecto soffredor, febril. Mal poude entreabrir a bocca, devido a intensidade do trismo que apresentava, Amygdala direita pallida, pastosa, fortemente abaulada, não acompanhada de edema da uvula e sem as reacções normaes de uma angina flegmonosa typica. A' palpação não encontramos ponto algum de fluctuação. O angulo maxillo mastoideo deste lado apresentava ganglios grandemente infartados, extremamente dolorosos ao simples toque digital. Temperatura: 38,5, pulso 130. *Diagnostico*: angina flegmnosa abcedante direita, com invasão do espaço parapharyngeal e bacteremia consecutiva. *Tratamento*: Hospitalisação da doente e Electragol intra-muscular. Em 7-4-1936 fizemos pela manhã, revisão da amygdala, tendo praticado, sob anesthesia local, nova abertura que foi branca. A' palpação, continua pastosa, sem collecção purulenta, pois não deu puz, nem pelo officio feito, nem por outro existente no pólo inferior da amygdala. Temperatura, 38°, pulso 120. Calefrios. Nesse dia fizemos 20 cc. de Pron-

tosil endovenoso em uma solução de 0,25%. A doente passou bem o dia e não teve reacção alguma provocada por essa injeção. A temperatura baixou e o pulso melhorou. A' tarde deste mesmo dia foi feito, por engano, uma injeção de 20 cc. de Prontosil endovenoso, á 0,25%, em vez de intra-muscular como prescrevia a bula. Não se deu accidente algum, sendo que a paciente só sentia grande sensação de calor. Durante o dia foram applicadas numerosas compressas quentes, com liquido de Burrow, sobre os ganglios infartados do pescoco.

Em 8-4-1936: Estados geral e local, quer interno, quer externo, muito bons. Temperatura, 36°,8. Pulso, 85. Revisão das feridas da amygdala sem encontrarmos pus. Nova injeção de 20 cc. de Prontosil á 0,25% e autorisada alimentação leve.

Em 10-4-1936: A doente teve alta, com ordem de tomar, 3 vezes ao dia, um comprimido de Prontosil, durante dez dias.

O hemogramma de Schilling foi praticado varias vezes no decurso da doença, apresentando a principio grande desvio para esquerda com grande hyperleucocitose. Logo depois do emprego do Prontosil, já com a 2.ª injeção endovenosa, o tipo do hemogramma era de franca melhora, desapparecendo os nucleos jovens e accentuando-se a lymphocitose da convalescença.

Esta paciente foi operada em 24-6-1936 (enucleação das amygdalas) e até hoje nunca mais soffreu da garganta.

Além do interesse apresentado por este caso clinico, salientamos, de modo particular, a toxidez nula do Prontosil (0,25 endovenoso sem o minimo inconveniente para a paciente), ao lado de seu grande valor therapeutico.

Cultura de esfregaço das amygdalas revelou estreptococco hemolytico.

9.º CASO: (Da clinica particular do Dr. Mario Ottoni de Resende).

R. P. B., brasileiro, casado, com 42 annos. São Paulo.

Ha 2 mezes teve flegmão da bochecha esquerda, com estado septicemico, aberto alhures pela via infra-orbitaria, onde proeminava. Cura da septicemia e do flegmão. Persistencia de uma fistula infra-orbitaria desse lado. A septicemia fôra attribuida a uma infecção dentaria.

Em 7-4-1936 vimos o doente pela primeira vez e, após exame rinologico e local foi-lhe pedida radiographia dos seios da face, que revelou a existencia de uma "pan-sinusite esquerda".

Em 11-4-1936, operação pelo processo de Caldwell-Luc, com esvaziamento do estmoide, drenagem do seio frontal e do esphenoido do lado esquerdo. Sequencia operatoria normal. Fistula fechada, por completo já ao terceiro dia da operação. Lavagens, completamente limpas.

Em 15-4-1936 apparece-nos o doente, queixando-se de violentas dores no ouvido direito. Pela toscopia: tympano vermelho intenso e umbellicado no quadrante postero-superior e já, apresentando puz abundante, viscoso e sob forte pressão, por pequeno pertuito em sua extremidade umbellicada. Paracentese e tratamento. A seguir alcool salicilico á 2%.

Em 10-5-1936, com o cessar da suppuração e com o estado geral magnifico, o paciente teve alta curado.

Na noite de 16 para 17 de Maio de 1936, o paciente sentiu-se de novo mal, pois que se lhe apresentára fortes vertigens, acompanhadas de nauseas e vomitos; estava impossibilitado de se levantar, pois que todas as vezes que tentára fazer, cahira. Foi chamado durante a noite um neurologista, que diagnosticou abcesso do cerebello.

Examinamos o doente no dia 17-5-1936, pela manhã, encontrando-o prostrado no leito, impossibilitado do menor movimento, devido ás vertigens e vomitos que o accommettiam frequentemente.

Observamos nistagmo, de grandes ábalos, dos tres gráus, para o lado esquerdo (doente) que, ligado aos symptomas precedentes, indicavam comprometimento agudo do labirinto desse lado. Continuando o exame, observamos endurecimento accentuado da nuca, raías meningíticas e Kernig bem esboçado. Temperatura, 38,8, pulso, 90. Dôr de cabeça forte. Puncção lombar: liquido francamente purulento. Cultura negativa. Cellulas incontáveis.

A' vista do estado do doente, e do precedente proximo de uma otite umbelicada (que caminha em 90% dos casos para mastoidite), aconselhamos intervenção urgente para o esvaziamento da mastoide esquerda e, além disto, como 80% das otites são de origem estreptocóicas, resolvemos empregar immediatamente o Prontosil pelas vias muscular e endovenosa (as primeiras empoulas deste medicamento chegadas á S. Paulo, eram para serem applicadas por esta ultima via).

Neste mesmo dia praticamos a operação de Neumann e encontramos a mastoide repleta de substancia lardacea que nos fez suspeitar a existencia do estreptocóco mucosus (pneumocócos III dos americanos). A cultura do material confirmou esta supposição. Durante a intervenção, praticamos uma puncção lombar, com a retirada de 20 cc. de liquido francamente purulento. Nova injeção endovenosa de Prontosil (5 cc.), que foi repetida mais uma vez neste dia. Diéta liquida, repouso e gelo na cabeça. Cultura do liquor: estreptocóco typo mucosus. Elementos celulares incontáveis.

Em 18-5-1936: A rigidez muscular diminuiu, assim como as dôres de cabeça. O Kernig sómente esboçado. Pela puncção, foram retirados 20 cc. de liquido espinal apenas turvo. Repetidas foram por duas vezes as injeções endovenosas de Prontosil, muito bem supportadas pelo doente. Estado geral bom. Temperatura maxima, 38°. Cultura do liquor: negativa.

Em 19-5-1936: Estado geral optimo. Doente apirético. Liquor claro. Foi feita uma injeção endovenosa de Prontosil. Dôres de cabeça, rigidez da nuca, vertigens, náuseas: ausentes. Nistagmo: abalos pequenos do 1º. gráu para a direita. O doente sente-se bem e com appetite. Cultura liquor negativa. Elementos cellulares não alcançam 500 por mm³.

Em 20-5-1936: Continuam e accentuam-se as melhoras de tal forma que o paciente já poude sentar-se sem nada sentir. Temperatura normal. Doente completamente eufórico. Deste dia em diante, e pelo espaço de 10 dias, o paciente tomou tres tablets de Prontosil por dia, estando completamente restabelecido até a data de hoje.

O primeiro facto que resalta das nossas observações é a melhora rapida obtida pelos nossos doentes, logo após as primeiras injeções de Prontosil, melhora essa caracterizada pela parada brusca da marcha da infecção e acompanhada de quêda accentuada da temperatura, que voltou rapidamente á normal.

Esse facto tem sido observado pela maioria dos autores e, parece que quanto mais virulenta fôr a infecção, mas accentuada será a acção do remedio.

A sulfamidoterapia dá optimos resultados nas estreptocócias em geral. Tem portanto sua indicação certa e não deve ser empregada a torto e a direito, afim de não cahir logo no descredito, como geralmente tem acontecido aos inumeros preparados apparecidos nestes ultimos tempos.

Outro facto assignalado nos nossos casos, é o de termos conseguido as nossas curas com doses de Prontosil muito menores que as empregadas no estrangeiro. Será que em nosso meio o estreptocóco é menos virulento? Ou o novo remedio é efficiente mesmo em doses moderadas?

Para terminar affirmamos mais uma vez o nosso entusiasmo por esse grande progresso da chimiotherapia, que veio realmente mar-

car uma nova era no tratamento das meningites estreptocócicas.

Estamos ainda na primeira etapa desse progresso e novos estudos, pesquisas experimentaes e clinicas continuam a ser feitos com inumeros productos syntheticos sulfurados.

Podemos portanto esperar dos compostos aromaticos sulfurados, uma perfeição chimiotherapica anti-infecciosa analogia á chimiotherapia anti-luetica obtida com os derivados aromaticos arsenicaes.

Commentarios : Dr. Gabriel Porto : O A. abordou um assumpto de plena actualidade e devemos declarar que temos applicado o Prontosil em nossa clinica de Campinas nos casos indicados e embora não tenhamos um juizo definitivo sobre o medicamento. temos entretanto uma impressão muito favoravel. Num caso de erysipela, num de oto-mastoidite aguda e por ultimo num caso de meningite que ainda está em tratamento, meningite que sobreveio a uma mastoidectomia, sem exposição da dura-mater, e que foi tratada com o Prontosil, estando a meningite em plena evolução para a cura, podendo pois o doente ser considerado curado. São esses os 3 casos que me deram uma impressão muito favoravel sobre o medicamento, observações que podem se sobrepor ás do dr. Homero Cordeiro.

Dr. Mangabeira Albernaz : Tenho empregado o Prontosil com relativa abundancia e minha impressão sobre o medicamento é desfavoravel ; apesar disso, preciso dizer que tenho tido casos brilhantes e justificarei já o porque. O 1.º caso onde empreguei o Prontosil foi um caso pessimo, que não devia ser operado, onde foi praticada uma operação larga que redundou numa meningoencephalite, e nesse caso o Prontosil não produziu nenhum resultado. Um caso de erysipela no nariz foi curado pelo Prontosil, mas pela minha estatistica sou obrigado a concluir que a erysipela da face entre nós não tem a gravidade que tem no estrangeiro como bem dis-

se o dr. Homero Cordeiro. Penso que não seja aconselhavel usar um remedio mais caro, quando podemos nos recorrer de outros, mais baratos, indicados em determinados casos e tenho conseguido com o Propidon resultados que não consegui com o Prontosil. Um caso que acompanhei, um doente de 54 annos, que se encontrava em estado de coma, levado para o Hospital foi lhe feito uma punção, tendo sahido um liquido purulento, com grande quantidade de germens, constataveis ao simples exame directo e que tratado pelo Prontosil, teve alta. Nessa mesma epoca tivemos mais dois casos de meningite, de natureza estreptococcica e nos quaes esse medicamento nada produziu, vindo a fallecer os dois pacientes. Sobre essa questão do Prontosil, devemos chamar a attenção para o seguinte, de que ha uma mania de se receitar esse medicamento como se receita aspirina, mas esse remedio não é uma panacéa e devemos pois nos servir delle, quando nos casos indicados.

Dr. J. Rezende Barbosa : Referiu o trabalho de um A. americano, onde elle publica 45 casos de erysipela na face, curados pelo Prontosil. Referiu tambem estar observando um caso de erysipela da clinica do dr. Mario Ottoni de Rezende, em tratamento pelo Prontosil e onde a temperatura permanece em 39º ha dias. O assumpto que muito bem foi ventilado pelo A., foi trazido em boa hora e como bem disse o dr. Mangabeira Albernaz, o Prontosil está se tornando uma panacéa quando entretanto tem suas applicações precisas, comprovadas experimentalmente e o que está acontecendo com esse producto é o mesmo que se passou com Ehrlich em relação ao 914. Deseja ainda lembrar que 2 ultimos trabalhos recém-apparecidos, vem estudando um corante azoico, muito mais toxico, pretendo substituto do Prontosil actual.

Dr. Roberto Oliva : O Prontosil não tem indicações tão restrictas como se está discutindo. Tenho informações de cura de outras

afecções que não estreptococcias, sendo que ha pouco tempo o dr. Ary Siqueira trouxe a uma das reuniões da Associação, na Secção de Urologia, um trabalho estatístico sobre a therapeutica da blenorragia por meio da sulfanilamida, quer dizer pelo Prontosil ou similares. Pelo dr. Lucas Assumpção me foram referidas curas de meningite cerebro-espinhal e penso pois que devemos dilatar o campo da applicação do Prontosil e não trilhar por um caminho estreito, para assim podermos então elaborar uma estatistica da applicação do Prontosil. Quanto ao custo esse tende a diminuir e o mesmo se passou com o 914 que inicialmente era caro e hoje é de custo accessivel a quasi todos. Quanto á erysipela da face, ella é tão benigna entre nós como no estrangeiro e compulsando livros, como o dr. Trousseau, veremos escripto que é uma molestia cyclica, que com ou sem tratamento se cura.

Dr. Homero Cordeiro : Referiu que na Allemanha a erysipela do cordão umbilical entre os lactentes é tida como muito grave.

Dr. Gabriel Porto : Deseja referir a existencia do soro de Vincent que está sendo fabricado pelo Laboratorio Raul Leite, o qual não tem sido usado entre nós e seria interessante experimental-o.

Dr. Rubens de Brito : Sou admirador do Prontosil e tenho casos que reputo de interessantes : um de otite media aguda, onde a indicação operatoria era inadiavel e empregando-se esse sal o resultado foi que a febre cedeu. Actualmente uma otite cholesteatomatosa operada e medicada pelo Rubiazol está em vias de cura. Por esses casos e por tudo que acabamos de ouvir, sou inclinado a

crer na eficiencia desses preparados.

Dr. Hartung : De minha parte vou me apoiar num commentario do dr. Mangabeira Albernaz, onde elle chamou a attenção para o desvirtuamento do Prontosil e quando num relatorio apresentado por mim na Sociedade de Medicina, sobre a minha estadia na Europa tambem insisti no uso e abuso dos remedios que embora uteis, podem cahir no desmerecimento pelo proprio abuso de indicação. Quanto ao Prontosil considero-o de indicação optima na erysipela e conheço uns 4 a 5 casos de resultados beneficos e um outro caso de cura radical.

Dr. Homero Cordeiro : Sobre o soro de Vincent referido pelo Dr. Gabriel Porto, quero apenas assinalar que o original francez é carissimo e difficilmente é encontrado em nosso meio. Dando um balanço no que disse ha pouco o Dr. Mangabeira Albernaz, não posso comprehender porque a sua impressão sobre o Prontosil é desfavoravel, pois elle até citou um caso, que teve occasião de acompanhar, de meningite estreptococcica curado unicamente com o emprego desse novo remedio ! Como elle bem frisou (e que tambem estou de pleno accôrdo), esse novo agente therapeutico não é uma panacéa e deve ser empregado nos casos indicados, para não cahir logo no descredito. Pretendia reunir um numero bem maior de casos, para depois trazel-os a esta Secção. Mas a pedido do nosso Presidente, resolvi apresentar as minhas primeiras observações sobre o emprego do Prontosil na nossa especialidade, visando prestar-lhe uma modesta homenagem, na ultima sessão do seu brilhante mandato.



SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE DEZEMBRO

Presidente : DR. OSCAR MONTEIRO DE BARROS

FORMA INTERMEDIARIA ENTRE A DOENÇA DE FRIEDREICH E A HEREDO-ATAXIA CEREBELLAR — DR. ARMANDO VALENTE. — O A. apresentou a observação clinica de dois irmãos, portadores de um syndrome ataxico cuja feição clinica geral, era da doença de Friedreich. Um dos casos, entretanto, emprestára á heredo-ataxia cerebellar, alguns dos seus symptoms, constituindo uma forma intermediaria entre as duas affecções. Baseado neste facto, apoia francamente a doutrina unista. Assignala ainda outros pontos interessantes como sejam o da associação de um syndrome myopathico e de uma lesão congenita do coração (estenose da pulmonar).

Commentarios : Dr. Barbosa Correia : Perguntou ao A. pelo estado da 2.a bulha pulmonar, achando que se deve fazer o diagnostico de persistencia do canal arterial, devido á falta de cyanose.

Dr. Oscar Monteiro de Barros : Cumprimentou e felicitou o A.

CARCINOMA BRONCHICO — DRS. JAIRO RAMOS, CASSIO VILLAGA e BERNARDINO TRANCHESI. — Os AA. dividem o trabalho em 2 grandes pontos. Na 1.ª parte fazem um estudo completo do carcinoma bronchico, referindo-se á symptomatologia clinica, ao aspecto radiologico e tecem longos commentarios a respeito da bronchoscopia e bronchographia. Referem-se ao tratamento pelas irradiações e tratamento cirurgico. Fazem estudo comparativo de estatistica entre os casos que observaram e os dos diversos AA. (Suder, Neuhoof, Chevalier-Jackson, etc.). Na 2.ª parte do trabalho os AA. apresentam os casos que observaram quasi todos confirmados ou pela necropsia ou pela

biopsia de material retirado pelo bronchoscopia. Apresentam radiographias em serie de todos os casos e commentarios de cada um delles.

OBSTRUCCÃO DA VEIA CAVA SUPERIOR; CONSIDERAÇÕES CLINICAS EM TORNO DE 2 CASOS — DRS. JAIRO RAMOS, REYNALDO MARCONDES e BERNARDINO TRANCHESI. — Os AA. iniciando o trabalho referem-se ao syndrome de compressão mediastinal fazendo notar que nestas eventualidades a compressão da veia cava superior é quasi sempre observada, desconhecendo-se o classico quadro da cyanose e edema em pellerina (edema e cyanose da metade superior do tronco). A seguir falam dos dois periodos que habitualmente se verificam nestes casos : o periodo edematoso e o periodo phlebectasico. No 1.º, periodo predominam o edema e os signaes subjectivos de estase venosa cerebral. No 2.º periodo predomina a circulação collateral. Apresentam os dois casos que tiveram occasião de observar. O primeiro tratava-se de compressão do mediastino por aneurisma gigante da aorta, e que apresentou difficuldades na feita do diagnostico, dada a ausencia absoluta dos signaes classicos de aneurisma. O 2.º caso tratava-se de carcinoma do bronchio com grandes metastases do mediastino. Ambos os casos apresentavam de modo evidente compressão da cava superior confirmada pela necropsia. Finalizando tecem commentarios em torno de cada caso.

O trabalho será publicado na integra por Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia.

★ IODROL - iodeto e mercurio por via oral ★

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE DEZEMBRO

SYMPHYSEPLEURAL APÓS SECÇÃO DE ADHERENCIAS NOVAMENTE OPERADA COM EXITO — DRS. OCTAVIO NEBIAS, FLEURY DE OLIVEIRA e JOÃO GRIECO. — Os AA. apresentam um caso de secção de adherencias em que o resultado immediato foi excellente, com provas radiographicas, tiradas immediatamente após a intervenção. A seguir o pulmão, reexpandiu-se com precocidade num prazo de 24 horas, provocando a formação de symphyse o que levou os AA. a praticar nova pleuroscopia, seguida de descolamento da parte symphysada, e que permittiu novamente um colapso optimo, continuando o doente sem tratamento como da 1.^a vez em optimas condições.

Commentarios : Dr. Eduardo Etzel : Aventou a possibilidade de se poder fazer uma sutura pleural logo após o Jacobeus por meio da agulha de Reverdin, evitando-se dest'arte o emphysema e a consequente expansão precoce do pulmão.

Dr. Ruy Doria : Tambem confirmou o ponto de vista do dr. Etzel e na Europa, onde esteve ha pouco tempo, poudo constatar que esse processo já foi lá tentado sem dar o exito que delle se poderia esperar.

Presidente : DR. RUY DORIA

FOCO PNEUMONICO HOMOLATERAL APÓS A OPERAÇÃO DE JACOBEOUS — DRS. OCTAVIO NEBIAS, FLEURY DE OLIVEIRA e JOÃO GRIECO. — Os AA. descreveram 2 casos em que poucos dias após a operação de Jacobeus, com optimo resultado tecnico, houve o apparecimento de um foco pneumonico no coto pulmonar collabado. Em um delles a evolução foi benigna e no outro comprometteu seriamente o prognostico do caso. Discutiram a pathogenese de taes focos e attribuem os mesmos á operação de Jacobeus.

Commentarios : Dr. Soares : Opina por uma phrenicectomia como um recurso de colapso sobre a base affectada.

Dr. Raphael P. Souza : Não vê razão para se denominar de pneumonia aspirativa e opina para uma disseminação bronchopenica para se explicar a pathogenese.

Dr. Ruy Doria : Tambem discutiu a pathogenese sob o ponto de vista do dr. Paula Souza e ligou o mecanismo da disseminação da base ao mesmo phenomeno das bilateralizações no decurso do pneumonia.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia

SESSÃO DE 30 DE MARÇO

Presidente : DR. ALVARO COUTO BRITTO

PERICIA GRAPHISTICA E SUA FINALIDADE — DR. MOYSES MARX. — Iniciou o A. fazendo distincção nas duas séries de questões fundamentaes com que se deparam nas pericias graphisticas, a Plasefenia e a Gramafenia, conforme classificação de Persifor Fraser. Estudou os varios meios empregados para adulteração dos documentos escriptos, divididos em processos mecanicos (rasuras e raspagens) e processos chimicos (emprego de reagentes e

descolorantes, por anteposição, intercalação, posposição, supressão, sobrecarga de gramas, mutilação, etc.).

A seguir, demonstrou a maneira de se diagnosticarem estas alterações, focalizando o valor da photographia sériada e dos raios ultra-violetas, como auxilio de monta na elucidação de semelhantes adulterações.

A exposição do A. foi acompanhada de farta documentação photographica.

Sociedade Paulista de Leprologia

SESSÃO DE 9 DE ABRIL

Presidente : DR. ARGEMIRO RODRIGUES DE SOUZA

AS MACULAS ERYTHEMATO-PIGMENTARES - DR. HOPPE JUNIOR. — Focalisa o autor, nesse trabalho a macula-erythematopigmentar, lesão distinta da macula pigmentada. Esta é uma manifestação residual, em regressão propria da lepra nervosa e aquella uma lesão em evolução, com estrutura histologica lepromatosa e, portanto, com transformação ulterior em tuberculo.

KERATOSE PILAR CONDICIONADA POR LEPROMAS

EM ACROMEGALICO - DR. ARGEMIRO R. DE SOUZA. — O autor apresenta um acromegalico com keratose pilar condicionada por lepromas; aquelle phenomeno follicular se fazia mais intenso no tronco e nos membros superiores, somente ao nivel dos lepromas. As areas não occupadas pelas lesões lepromatosas se tornaram indemnes de Keratose pilar. Faz tambem o estudo histo-pathologico do caso cuja imagem microscopica correspondia aos signaes clinicos.

Sociedade de Urologia

SESSÃO E 9 DE ABRIL

Presidente : DR. ATHAYDE PEREIRA

SYMPATHECTOMIA RENAL - PROF. SIDNEY RITTER (Nova York). — Antes de fazer uma exposição sobre sua technica operatoria, o conferencista expoz algumas considerações de ordem geral sobre o assumpto, tendo oportunidade de referir-se ás impressões que recebeu dos meios cirurgicos paulistas. Citou os nomes dos srs. Alipio Corrêa Net-

to, Benedicto Montenegro e Athayde Pereira com os quaes tem estado em contacto, elogiando sua technica e competencia.

O conferencista illustra sua palestra com a projecção de interessantes estatisticas e diapositivos de intervenção que têm realizado, as quaes alcançaram o mais completo exito.

Nas tosses, bronchites e resfriados

PULMATOL

CALCIO - CREOSOTO - BELLADONA

Efeito seguro e rapido

LITERATURA MEDICA

Livros recebidos

Acidosis y alcalosis en la clinica — B. Varela Fuentes, Espasa-Calpe, Buenos Aires, 1937.

O illustre professor da Faculdade de Medicina de Montevideo, que os brasileiros tão bem conhecem e apreciam através dos seus numerosos e importantes trabalhos sobre a semiologia das affecções hepaticas, bem mereceu de Gregorio Maranon um prefacio preñado dos mais justos elogios á sua pessoa e á sua obra. De facto, o seu ultimo livro vem confirmar o conceito que adquiriu com a publicação dos seus trabalhos anteriores. Abordando um assumpto de grande importancia pratica, o A. o faz de uma maneira clara e completa, de molde a reunir as idéas exparsas sobre o assumpto, analysando-as e tirando as conclusões capazes de conferir uma justa orientação ao medico practico. Na primeira parte cuida do equilibrio acido basico sanguineo no estado normal; na segunda, estuda os desvios pathologicos do equilibrio acido-basico do sangue; e na terceira parte encara as modificações do equilibrio acido-basico nas diversas especialidades medicas. Varias figuras e taboas illustram o livro, esclarecendo o texto. Tanto o clinico geral e especializado como o cirurgião encontrarão neste livro um optimo auxiliar. O volume contem 448 paginas.

Tumores del lobulo frontal — S. CHICHILNISK, El Ateneo (Florida, 371), Buenos Aires, 1937.

O advento da cirurgia nervosa deu grande impulso ao estudo dos tumores do cerebro. Numerosos trabalhos têm vindo a lume, alguns de ordem geral, outros limitando certos dominios da especialidade. O livro que ora apparece focalizando os tumores do lobulo frontal é uma valiosa contri-

buição da escola neurologica argentina. Justamente nesse particular, onde os progressos pareciam ter estacionado, a neuro-cirurgia permittiu abrir horizontes novos e esses horizontes é que vêm delineados na presente obra, cujos capitulos tratam do seguinte: 1, anatomia, e cytoarchitectura; 2, funções do lobulo frontal, acompanhando a evolução dos nossos conhecimentos a respeito; 3, symptomatologia; 4, formas clinico-topographicas; 5, diagnostico clinico; 6, diagnostico neurocirurgico; 7, formas anatomopathologicas; 8, prognostico; 9, tratamento dos tumores frontaes; 10, Casuistica.

O volume contem 230 paginas, com numerosas illustrações. Feitura material de primeira ordem.

L'Eczéma — GOUGEROT e colaboradores, Librairie Maloine (27 rue de l'Ecole de Medécine), Paris, 1937.

Para se avaliar o vulto e importancia desta obra, basta dizer que nella collaboraram as mais destacadas figuras da dermatologia franceza, sob a orientação de Gougerot. Nella figura a série de conferencias proferidas na clinica da Faculdade, no Hospital S. Louis, de Paris, durante os annos de 1935-1936 pelos especialistas de Paris e das provincias, alli attrahidos por Gougerot. A esse conjunto, o mestre francês accrescentou as suas proprias lições proferidas em 1934-1935, seguida da synthese — apanhado geral e critica — por elle mesmo feita das conferencias dos seus collaboradores. Não se trata, porém, de um livro theorico. Si já não bastasse a experiencia dos autores para ditar regras entendeu Gougerot de illustrar a obra com observações clinicas, que tornam a sua leitura ainda mais agradável e interes-

sante. O livro contem 25 figuras nas suas quinhentas e poucas paginas de texto.

Pneumonia and serumtherapy — FREDERICK LORD e RODERICK HEFFRON, Commonwealth Fund (41 East 57th Str.) Nova York, 1938.

O presente volume é a dedicação da obra que em 1936 publicou a grande instituição norte-americana sob o titulo de "Lobar pneumonia and Serum therapy". Os A. A. reviram o livro, nelle accrescentando as novas conquistas, principalmente no que concerne á dosagem e uso do antiserum-coelho e aos resultados do tratamento especifico da pneumonia dos typos I, II, V, VI, VIII e XIV. Trata-se, assim, de um trabalho em que figuram as ultimas estatísticas sobre o tratamento especifico da pneumonia, colligindo numero avultado de casos, conforme observação feita nos grandes centros norte-americanos. As lições contidas no livro são de applicação immediata e merecem a attenção não só dos clinicos como também dos homens de laboratorio — analyistas e productores de soro. O volume, que contem cerca de 150 paginas, custa apenas \$1.00 dollar.

Cartilha dos colloides — RAFAEL EDUARD LIESEGANG, Comp. Melhoramentos de S. Paulo (Rua Libero Badaró) S. Paulo, sem data.

O presente livro, cuja traducção portugueza foi feita pelo prof. H. Rheinboldt, da Faculdade de Philosophia, Sciencias e Letras da Universidade de S. Paulo, é da autoria do prof. Liesegang, do Instituto de Bases Physicas da Medicina, em Frankfurt. E' destinado a medicos, biologistas e bioquimicos. Condensa, em cerca de uma centena de paginas, os mais modernos conhecimentos sobre os colloides, permitindo uma facil comprehensão do estado actual do assumpto. Os capitulos do livro são os seguintes: 1, Estados colloidaes; 2, Graos de dispersão; 3, Fixação de agua; 4, Migrações de substancia; 5, Armaze-

nação; 6, Soluções colloidaes e verdadeiras; 7, Expoente de hydrogenio — pH; 8, Superficies de contacto; 9, Adsorpcão; 10, Membranas; 11, Cargas electricas e 12, Expressões colloido-chimicas.

O Serviço Especial de Defesa contra a Febre Amarella — WALDEMAR LUIS ROCHA. Imprensa Official, São Paulo, 1937.

Trata-se da separata da synthese dos trabalhos desse Departamento durante o anno de 1936, publicada nos Archivos de Hygiene e Saude Publica, no seu volume 3.º São pouco mais de 100 paginas, fartamente illustradas com graphicos, quadros e photographias, mostrando a grande actividade desse serviço publico durante o referido periodo. O trabalho patenteia nitidamente o grande interesse que o Serviço Sanitario de São Paulo tomou pela solução do problema da febre amarella.

"Lições de Psiquiatria, para medicos" — KURT SCHNEIDER — Livraria Academica, SARAIVA & CIA., São Paulo.

A casa editora Livraria Academica, com a publicação de "*Lições de Psiquiatria, para medicos*" acaba de inaugurar um grande empreendimento: dar ao publico brasileiro e portuguez, traducções das grandes obras da sciencia Allemá, proposito esse que merece o apoio de toda a classe medica, não só do nosso paiz como de Portugal. As razões que determinaram a escolha do livro do prof. Schneider, estão no facto de ser o seu autor reconhecida autoridade dentro da Psiquiatria, alem do que, possui o livro meritos invulgares e que nem sempre são encontrados em trabalhos da mesma natureza. Director do Instituto Allemão de Investigações Psiquiatricas em Munich, o autor tem publicado diversos estudos clinicos notaveis, taes como a diagnose das ciclotimias, a diagnose das eschizophrenias, trabalhos esses divulgados em hespanhol pela Revista Medica Germano Ibero Americana. Com res-

peito ao livro em apreço, no primeiro capitulo, trata o autor do "começo das psicoses", prevenindo-nos de que o diagnostico differencial entre as diferentes psicoses de causa organica desconhecida é muito incerto e duvidoso e deve ficar desde logo estabelecido que o diagnostico differencial ou melhor a topologia differencial dos quadros psicoticos não deve constituir a unica preocupação, é o que mais deve importar antes de tudo é saber quando se deva suspeitar de uma psicose seja ella qual fôr. Separa em seguida as anomalias psicicas adquiridas das anomalias psicicas congenitas. No grupo das anomalias psicicas congenitas, encara as personalidades psicopaticas, e no grupo das anomalias adquiridas considera duas possibilidades, ou a presença de uma doença cerebral primaria e immediata, ou a de uma doença cerebral secundaria immediata. Entre as immediatas estariam incluídas as psicoses paralyticas e senis, ao passo que nas mediatas, incluir-se-iam as psicoses toxicas, quer provindo do exterior, como as intoxicações alcoolicas, ou então tomando origem no proprio organismo, as intoxicações interiores, como a uremia.

Considera o autor tres grandes grupos de anomalias psicicas adquiridas e entre as mais importantes e frequentes, as seguintes: a psicose eschizophrenica (ou demencia precoce, catatonía, demencia paranoide, etc.), o grupo das psicoses cyclotimicas (loucura maniaco depressiva, loucura maniaco melancolica, depressão periodica, etc.) e o grupo das psicoses epilepticas, embora esse grupo não possa ser equiparado aos dois precedentes.

Procurando fixar o conceito de personalidade, mostra-nos quão difficil e a sua delimitação, julgando mesmo que a evolução da perso-

nalidade não segue as regras biologicas de applicação mais ou menos geral, mas que ella tambem é orientada e dirigida segundo as experiencias da vida e do destino, segundo o ambiente e a educação, assim como os acontecimentos vividos principalmente no que diz respeito ao convívio com os outros individuos.

Classifica os psicopatas em dez grupos: hipertimicos, depressivos, inseguros, fanaticos, ostentativos, inconstantes, explosivos, insensíveis, abulicos, astenicos, considerando que as relações entre essas personalidades anormaes e as psicoses, no sentido de se descobrir uma transição entre esses dois grupos, é problema dos mais complicados em Psiquiatria.

Estuda em seguida, as anomalias psicicas nas crianças e nos adolescentes, a neurastenia e a histeria, as tentativas de suicidio, as toxicomanias, as psicoses nas doenças internas, as psicoses nos processos cerebraes, a epilepsia, o diagnostico psiquiatrico, e por fim a terapeutica a emprender conforme os casos.

O autor faz acompanhar cada capitulo de uma pequena bibliographia, pequena em verdade, mas que, sendo por si aconselhada, adquire outro vulto e interesse.

Livro escripto com uma clareza incomparavel, e embora o seu titulo indique a leitura apenas para medicos, cremos que se possa recommendar aos estudantes que se iniciam na especialidade, que muito aproveitarão desse manifico compendio, contendo todas as aquisições da Psiquiatria até a hora presente.

Traduzido pelo dr. Fernando Ferreira, assistente da Clinica Psiquiatrica da Faculdade de Medicina de Lisboa, este o fez com muito apuro, tornando o livro ora apparecido um fino labor scientifico e litterario. — F. L.

IMPrensa MEDICA PAULISTA

Summario dos ultimos numeros

Annaes do Instituto Pinheiros, I, 1-64, janeiro 1938. — Vacinação antirábica — Eduardo Vaz; Vacinação BCG — Eduardo Vaz.

Archivos de Biologia, XXII, 24-48, fevereiro de 1938. — Sobre uma nova Elmeria parasita da Tayra barbara — A. Carini e Flavio Fonseca; Os enxertos corneanos — A. Busacca.

49-72, março 1938. — Mais uma Elmeria, parasita do intestino do Didelphys aurita — A. Carini.

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, XXI, 311-378, novembro-dezembro 1937. — Contribuição para o estudo da ventriculographia directa. — Carlos Gama; O cycloprapana como agente anestésico — Eurico Bastos; A proposito de um caso de myasthenia de Erb-Goldflam — Paulino Longo; Identificação de um virus semelhante ao do "Typho exanthematico de S. Paulo", isolado do didelphys aurita, Wied — J. Travassos; A bacilemia tuberculosa vista por um clinico — Emilio Sergeant.

Folia Clinica et Biologica, X, 1-32, n.º 1. 1938. — Observações em torno da especie Candida butantanensis de José Maria Gomes — F. de Almeida e C. da Silva Lacaz; Aspecto chimico do problema concernente á therapeutica da uretrite gonococcica — A. Busacca.

Gazeta Clinica, XXXVI. 45-78 fevereiro 1938. — Infecção genital concepional latente, gonococcica, concepional — Augusto Vergely.

79-118, março de 1938. — As aguas Mineraes e as suas propriedades therapeuticas — Cornelio Rosenburg.

Letras Medicas, III, 1-16, janeiro-fevereiro 1938. — Diagnostico das fracturas do craneo — Augusto Paulino; Insufficiencia circulatoria "minus" e seu tratamento — Luiz Decourt; Modalidades do penfigo foliáceo (fogo selvagem) no Estado de S. Paulo — João Paulo Vieira.

Novotherapia, XVII, 1-32, setembro 1937. — A' cabeceira de um typhico — W. Berardinelli; Sobre o Pollutionismo masculino — E. Tramonti; Contribuição ao estudo e á therapeutica da coqueluche pela vaccinotherapie — Salvatore la Martina.

A Odontologia Moderna, XI, 234-286, janeiro-fevereiro, 1938. — Ozenotherapie — Nicolino Raimo; Dos focos dentarios na genese da thrombo flebite do seio cavernoso Paulo C. Ferraz; O ozono no tratamento das infecções dentarias — Guilherme de Oliveira Gomes; Impressões do Curso Felcher — Carlos Aldrovandi.

Pediatria Practica, VII, 98-153, agosto dezembro 1937. — A pediatria e endoscopia peroral — Plinio de Mattos Barreto; Um caso de diptheria vulvar e eutanea — Gomes de Mattos e Raul Della Latta.

I, 1-68, janeiro-fevereiro 1938. — Algumas considerações sobre disenteria bacillar no lactente — J. Ferrão; Imunotransusão — J. S. de Macedo Leme; Poderá o organismo do recém-nascido synthetizar a vitamina C? — Vicente Baptista; Considerações geraes sobre radiologia infantil — Vicente Catalano.

Publicações Medicas, 1-88, janeiro-fevereiro 1938. — Syphilis diffusa da abobada craneana simulando tumor cerebral. A proposito de um caso — Henrique San Mindlin; Considerações sobre a invaginação do appendice ileocecal — N. Burlamaqui Benchimol; Um caso de solenoma do ovario — Itiberê de Castro Caiado; Lipomatose — Vicente Grieco e Mendes de Castro; O calcio no tratamento de nephites e enterites — Erwin Woffenbüttel.

Resenha Clinico Scientifica, VII, 127-163, abril de 1938. — Sobre as varias formas de leishmaniose e a oportunidade de uma maior precisão em sua terminologia — Enrico Emilio Franco; Cirurgia inefficaz e gratidão de doentes de outrôra — Davide Giordano; A endocardite meningococcica — Luigi Jaccchia.

Revista da Associação Paulista de Homeopatia, II, 10-4, março 1938. — Elephantiase dos arabes — Pereira de Barros; A esphera genital na mulher — Walfrido dos Anjos; Meia hora da Associação Paulista de Homeopatia — Murtinho Nobre.

Revista da Associação Paulista de Medicina, XII, 89-186, fevereiro de 1938. — Verificação do test de Giuffen e Gregg para o diagnostico biologico da prenhão — Edgar Braga e Fuad Daud; Considerações sobre a indicame-cirurgica nos traumatismos medulares fechados — Adherbal Tolosa; Considerações sobre um caso de pellagra — Vasco Ferraz Costa e Mendes de Castro; Cysto dentigero do maxillar inferior. Tratamento pela electrocirurgia. A proposito do diagnostico differencial entre os ameloblastomas e os cystos dentigeros — S. Hermeto Junior;

Revista Brasileira de Leprologia, VI, 1-90, março de 1938. — Reação leprotica — A. Ferreira da Rosa; Contribuição ao estudo das modificações papilares na lepra — João Paulo Vieira e Ma-

noei de Abreu; Estudos sobre a iepra murina. Instillação ocular infectante — J. M. Gomes; Um caso interessante de reacção leprotica — Luis Baptista; Resultado do "Leprolin test" nos preventorios de filhos de leprosos — Nelson Souza Campos.

Revista Clinica de S. Paulo III, 80-124, março 1938. — Osteo-arthropathias tabeticas — Oswaldo Freitas Julião.

Revista de Gastro-Enterologia de São Paulo, I 1-66, março 1938. — Considerações sobre a dieta normal, saciedade e digestibilidade — Mario S. Aranha; Escolha de uma dieta no diagnostico e tratamento das hypersensibilidades produzidas por alimentos — Ernesto Mendes.

Revista Brasileira de Medicina e Odontologia I, 1-28, abril 1938. — Reparação cirurgica das cicatrizes situadas na mucosa da bochecha e dos labios — Rebelo Netto; A pyorrhéa é um dos mais antigos processos morbidos da cavidade oral — Luiz C. Pannain; Eugenia e seleção — Paulo de Godoy; Oportunidade de extração dentaria em alguns estados tuberculosos — Carlos Sinori.

Revista de Neurologia e Psychiatria de São Paulo, III, 130-178, julho-setembro 1937. — Campos architectonicos do lobo frontal e funções da intelligencia — Annibal Silvestre.

Revista Oto-Laringologica de S. Paulo, VI, 1-130, janeiro-fevereiro 1938. — Corpos estranhos vegetais das vias aereas inferiores. Estudo clinico de suas principais complicações — Gabriel Porto; Petrite e não petrosite — Paulo Mangabeira Albernaz.

Revista Paulista de Tisiologia, IV, 1-76, janeiro-fevereiro 1938. — Formas infantis da tuberculose pulmonar no adulto — Clemente Ferreira; Symphise pleural aguda após operação de Ja-

cobaeus novamente seccionada com successo - J. Octavio Nebias, B. J. Fleury de Oliveira e João Grieco; Suggestões para um plano de lucta contra a tuberculose em São Paulo - U. Pamplona e C. de Oliveira Penna; Um caso de

síndrome de Löffler - Geraldo Franco; Criterio therapeutico nas formas inicialmente excavadas da tuberculose pulmonar - R. de Paula Souza; Observação radiologica de uma anomalia venosa da base do coração - Cassio Villaça.

VIDA MEDICA PAULISTA

Faculdade de Medicina de S. Paulo

Festa jubilar. — A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo commemorou a 2 de abril o 25.º anniversario de sua fundação.

As solennidades commemorativas iniciaram-se ás 9 horas, na basilica de São Bento, onde foi celebrada missa em suffragio dos professores e collegas fallecidos. Foi officiante s. exa. revma. d. José Gaspar d'Affonseca e Silva, bispo auxiliar desta archidiocese.

A essa cerimonia compareceram professores da Faculdade, alumnos, elementos da classe medica de S. Paulo e outras figuras representativas.

Por essa occasião falou o padre Castro Nery, que proferiu a seguinte oração:

"Estais num templo, senhores medicos e quasi-medicos, como se a medicina do seculo XX tivesse voltado ás suas origens religiosas, muitos seculos antes que Jesus sorrisse na mangedoura de Belem quando os sacerdotes da Caldeia e da Assyria-Babylonia deslizavam como espectros, sob a magia do luar, colhendo as hervas que afugentavam o espirito das doencas; quando os hierophantes de Tebas e de Memphis davam consultas clinicas ao pé da estatua de Imhotep; quando os enfermos da Grecia se recolhiam ao santuario do Epidauro, no silencio da noite, a escutar os silvos das serpentes e os divinos oraculos de Asclepios... Já longe vae essa era, anterior á revolução hy-pocratica. Já Ambroise Paré,

condoido dos infelizes amputados, descobriu a ligatura das arterias. Já Laenec refundiu a clinica das vias respiratorias com a singela pratica da auscultação. Já Pasteur revelou o mundo novo das bacterias e dos virus, fazendo as sciencias e as artes medicas andarem mais, em quarenta annos de victorias, do que em quarenta seculos de interrogações. Nestas ultimas decadas vieram á tona os serums anti-toxicos, as funcções dos hormonios, a missão surpreendente da insulina, da adrenalina e da tiroxina. Diminuiram, certo, as doencas infectuosas, augmentou-se de onze annos a media da vitalidade, como um dos mais positivos triumphos da profilaxia. Mas o misterio da vida e da morte continua indevassavel, escapando ao microscopio dos pesquisadores e á lanceta dos habeis cirurgiões!

As doencas degenerativas ascendem em proporção assustadora, as enfermidades mentaes marcam em quinhentos mil por anno o numero de suas novas victimas, preocupando os sabios do John Kopkin's College e do Rockefeller Institut for Medical Research.

Parece que a medicina perdura tão velada como nos tempos do alchimista Huyan-Huyen, e na confissão dos seus melhores cultores, tal um Claude Bernard continua a ser a mais incerta das sciencias certas. Ao fundo de tudo, por cima de tudo, ao fim de todas as perspectivas, o ignoto o incognoscivel, o mysterio, ou melhor, ao cabo de todas as cogi-

tações a presença indisfarçável de Deus, senhor da vida e da morte. pae verdadeiro de toda a medicina, assim como está escripto nos livros sagrados: "A Deo est omnis melodia". No mais apartado da sua consciencia, quando o medico é sincero mesmo, elle tem o direito e a obrigação de dizer, como o celebre cirurgião dos hospitaes de Metz: — "Je le pansay, Dieu le guerist". Eu cuidei delle, mas foi Deus que o curou.

A commemoração religiosa que se está levando a termo, não pôde esquecer aquelle que foi denominada o "Pae da nossa Faculdade Medica". Como que o vemos hoje em pessoas, a fronte espaçosa e serena, o nariz retilineo e intelligente, os labios finos e autoritativos, e sobretudo profundos e mansos, esses olhos que inspiram confiança e bem-estar a quantos se acercavam de Arnaldo Vieira de Carvalho. Se a vida vale pelo sulco de bondade que cada um deixa empós de si, certo é que o "curriculum" desse illustre campeiro enche uma formosa pagina da nossa historia social. No dia em que a morte o levou, aos cincoenta e tres annos de uma existencia consagrada ao bem das crianças, das mães e dos anciãos, a cidade de São Paulo sentiu que perdera um dos seus genios tutelares. Empuxavam-lhe a carreta funebre os estudantes das nossas escolas, timbrando na honra de conduzir o homem que salvara milhares de vidas com o seu bisturi de operador: formavam no cortejo o presidente do Estado, seguido pelos secretarios das diversas pastas em que se distribue o governo, como uma homenagem official ao varão por muitos titulos benemerito que dirigira o Instituto Vacinogenico, organizara a Faculdade Medica e ideara o Instituto do Radio: mas sobretudo acompanhava o feretro, sob o peso do luto e da tristeza, essa enorme vaga dos humildes clientes, da Santa Casa que não se podiam conformar com a morte daquelle que fora a encarnação do despreendimento, da dedi-

cação até os extremos, da caridade levada ao heroismo.

Commentando o grandioso sepultamento, um dos medicos desta capital recordava que Arnaldo "não fôra nem politico, nem litterato, nem orador". Melhor talvez para elle, porque foi mais que isso: um "homem", um solido caracter, um coração posto ao serviço da intelligencia, um apaixonado cultor da bondade em relação aos semelhantes. Louvando-o no dia de hoje, da eminencia deste pulpito donde só devem soprar vozes purificadas das paixões, rendemos um preito de gratidão ao homem que desapareceu da terra sem haver desapparecido das almas e ao mesmo tempo reverenciámos a abnegada, competente e distincta classe medica a que elle tanto honrou. Se Lord Lister, o introductor da antisepsia nas operações de sangue, pode dizer, em memoravel discurso, aos seus discipulos de Glasgow: — "Dois grandes requisitos ha para ser bom medico; primeiro, um coração acolhedor; depois a paixão da verdade", estou certo que estas duas qualidades, applicadas ao fundador da Faculdade Medica, adquiririam um relevo de impressionante realismo. Arnaldo foi um grande medico, tanto pela bondade quanto pelo saber.

Os bemfeitores da humanidade foram por vezes objecto de incompreensão por parte dos seus contemporaneos. São conhecidas de todos as calumnias com que os despeitados quizeram empanar o nome do grande Harvey, o revelador do mecanismo da circulação sanguinea. Correram mundo os epigrammas que se lançaram contra o cirurgião Dupuytren, o mesmo que não trepidava ir buscar, sob o canhoneio, os feridos nos campos de batalha e legou toda a fortuna á criação de um dos mais famosos institutos medicos da França. O illustre Van Swieten, que a patria de Boerhaave perseguiu, teve contra si ainda os sarasmos as pulhas e as malignidades de gratuitos adversarios, o que não o impediu de continuar a

sua missão de restaurar a medicina na Austria, e de trazer para sua companhia Antonio Stoerk, um dos mais eminentes toxicologos do seu tempo, e o famoso Leopoldo Aunebrugger, que empregou por primeiro o methodo da percussão. Arnaldo Vieira de Carvalho, segundo penso, não teve provações desse teor. Se um momento, como responsavel pela enfermaria dos immigrantes, a braços com o typho, a febre puerperal, o vomito negro, conheceu a indifferença dos poderes publicos, e se viu forçado, num gesto de represalia, a pedir demissão do cargo no proprio decurso de uma entrevista com o presidente da provincia — não resta a menor duvida que recebeu mais tarde, desse mesmo governo, a honrosa incumbencia de organizar a nossa gloriosa Faculdade de Medicina. A sympathia com que sempre foi visto pelos governantes, a espontanea collaboração que jamais lhe negaram seus collegas medicos, a veneração com que até hoje é tido pelo povo de S. Paulo, prova que se ha bemfeitores postos á margem, calunniados e perseguidos, outros ha mais felizes que recebem ainda em vida a consagração official, scientifica e popular a que têm direito pelos incontaveis serviços prestados á collectividade.

O fundador da Faculdade de Medicina soube preparar a missão dos seus continuadores, tão certo é que a maior qualidade do organizador é consolidar a perpetuação da sua obra. As corporações reagem com a mesma vitalidade dos tecidos. Cortae uma arteria, e da ferida hiante jorrará o sangue com a impetuosidade dos ribeiros. Subito, como se uma voz interior commandasse a retirada, a pressão arterial começa a declinar, e o paciente desfallece tomado pela syncope. Observaes que a hemorrhagia abundante a principio, lento e lento decresce, dando lugar á precipitação do coagulo, e ao adensamento da fibrina. Depois, á socapa, durante dias e noites de paciencia e de por-

fia, os leucocitos e as cellulas vão trabalhando sobre o tampão de fibrina e completando pouco a pouco a reconstrução definitiva da arteria. Facto analogo succede na historia das agremiações quando a morte do chefe produzum trauma tanto mais consideravel, quanto maiores teriam sido as suas qualidades de iniciativa, de coragem e de systematização. O golpe repercute profundamente por todos os pontos do agrupamento humano, provocando uma crise de desalento, de prostração moral, de incerteza acerca do futuro. Mas já do fundo das consciencias se resolve a subir a reacção, culminando no preenchimento da lacuna, cerebros e corações, á competencia, pelejando pelo restabelecimento do apparelho, para completar, supprir e muitas vezes aperfeiçoar a obra daquelle que se foi.

Arnaldo Vieira de Carvalho não teve a ventura de ver terminada a nova Faculdade de Medicina. Conheceu apenas as installações de emergencia na hospitaleira Escola Polytechnica, ou na acolhedora Escola de Commercio "Alvares Penteado". O seu espirito viril deveria confortar-se, nesses tempos humildes, com a recordação de Branly, de Daguerre e de Lumière que igualmente iniciaram as suas famosas experiencias sobre a telegraphia sem fio, a photographia, e a cinematographia em aposentos mais canchados talvez do que as salas provisórias da rua Brigadeiro Tobias para onde se foram, logo após, os primeiros professores e os primeiros discipulos. E' nos grato, entretanto, imaginar como o seu peito se dilataria de contentamento caso pudesse assistir a inauguração do novo predio colosso confortavel e magnifico, immenso como uma cidade e mais elastico do que um archivo, dotado de todos os aperfeiçoamentos esparcos nos institutos europeus, norte-americanos e nipponicos, genialmente edificado sobre uma das nossas collinas como a fortaleza da paz, da sciencia e da saude,

dominando o campo dos mortos e a officina dynamica dos vivos.

Permitti-me uma ligeira allegoria. Quando o vento sáe ao campo, na manhã impregnada de aromas e lavada de luz, encontra por vezes entre as touças de gramma ou por sobre os talhões de hortaliça, uma linda flôr vermelha de folhas alternas ainda aljofradas pelo orvalho da noite. Não a trata rude porque tem alma sensitiva e se contenta em presenciar-lhe de longe a efflorescencia completa. Eil-a que se alteia na extremidade do pedunculo, como que divizando por cima do vallado os lugares que desejaria visitar. Entreabre a corolla de petalas oppostas, dobradas por estames numerosos. Descerra a capsula de portas falsas contendo milhares de grãosinhos pretos, que ella offerta aos céus como o dote mais rico do mundo. Então se approxima dellas o vento, velho amigo e mensageiro das flores, toma consigo alguns daquelles globulos de azeviche e vae distribuil-os ao longe ás terras que ainda adoram a belleza das papaveraceas. Nas manhãs seguintes, quando o vento novamente acorda, ainda tonto de sol e meio suffocado pelo cheiro da terra, enxerga por todas as deveas em redor, subindo a lomba dos outeiros e ganhando a vertente dos riachos, uma alegre gesticalção de florinhas escarlates. filhas da primeira papoula enso-larada. Na vida do espirito, alguns cerebros gigantescos armazem assim o saber das gerações passadas, para deixar fugir, na hora das gestações espirituaes algumas dessas idéas que fecundam as almas. Sementinhas de luz arrebatadas na envergadura da palavra, ellas vão gerar novos seres, artistas, sabios e apostolos, primavera da intelligencia da sabedoria e da virtude que ha-de renovar o aspecto do universo. Os Brimpt, os Lambert Mayers, os Affonsos Boveros, e os nossos queridos, competentes e abnegados professores nacionaes — que nunca é excessivo lembrar no dia

de hoje — inclinaram dest'arte as suas cabeças carregadas de sciencia por sobre a estudiosa mocidade; e já agora podemos contemplar, nas varias provincias da medicina, figurando com honra ao par dos seus antigos mestres, a florente geração dos novos esculapios — que Deus favoreça, illumine e conforte para todo o sempre.

Senhores, preciso terminar: "O poder disse ao mundo: "Meu és tu; e o mundo o aprisionou sobre o throno. O amor disse ao mundo: Sou teu; e o mundo outorgou-lhe a inteira posse da casa". Na concisão desta parabola hindú existe uma formidavel lição, maximé para nós que vivemos as horas tragicas da actualidade. A violencia parece dementar o homem contemporaneo. Espezinham-se os tratados de paz, da noite para o dia são invadidas e annexadas nações outróra independentes, as proprias familias da mesma patria, do mesmo sangue e da mesma lingua, se entredevoraram em guerras cuja ferocidade, cuja extrema barbarie, cujos processos de exterminio pensavamos que a civilização de ha muito havia expungido das nacionalidades. E no entanto, nunca o poder foi tão prisioneiro de si mesmo, nunca esteve como agora num alarma permanente, nubca os governos se viram como hoje presa de tamanha inquietação, de tamanhas surpresas, de fuzilamentos tantos e de tantas traições. E' que a violencia não conquista, escraviza-se; não vence, paradoxalmente encontra-se enredada nas malhas que ella mesmo forjou. "Et mentita est iniquitas sib!"

A bondade, pelo contrario, entregase a todos como ancilla. Veste a toga do bom advogado e defende o direito do opprimido; ata o avental da enfermeira e véla á cabeceira dos soffredores; toma o caderno do professor e se devota á alphabetização das crianças; arrima-se ao cajo do missionario e penetra as selvas á procura dos povos primitivos; empunha o ostetoscopia do clinico e se dedica por inteiro a minorar os

soffrimentos desta triste, enferma e agoniada humanidade. Nada quer e tudo possui, nada pretende e tudo lhe vem ás mãos. Esqueceu-se de si mesma para servir o mundo, e o mundo inteiro se lhe deitou agradecido aos pés. Oh! deixae que ao menos hoje, numa festa de saudades e de bençams, no interior de um templo religioso onde por vezes ressoa o "Amai-vos uns aos outros", daquelle que morreu por nós — alguém que nada vale, por que nada ambiciona tenha a coragem de prégár o methodo da bondade como superior aos processos da violencia. Falo a profissionaes de uma nobre carreira, a seguidores desse heroico Desgenettes que ao tempo das campanhas revolucionarias, teve o heroismo de innocular em si mesmo o puz do bubão, para convencer alguns desalmados que exigiam a euthanasia dos prestiferos; falo a continuadores daquelle famoso Magendie, o descobridor da sensibilidade recorrente, o que na epidemia de colera, em 1932, não quiz abandonar, por dinheiro nenhum, os seus enfermos pobres do Hotel-Dieu, dizendo: "Les riches ne manqueront certainement pas de médecins"; falo a benemeritos que seguem as pisadas de Jean-Dominique Larrey considerado por Napoleão como o homem mais virtuoso do seu tempo, o que instaurou o serviço das ambulancias e os hospitaes de sangue o que havendo tomado parte em mais de sessenta batalhas fora cognominado a "Providencia do Soldado": a vós me dirijo, senhores medicos e futuros medicos, na data jubilar da Faculdade em que vos creastes ou na qual aprendeis ainda os ensinamentos de que haveis mistér: que esta minha derradeira phrase se crave na vossa consciencia como uma flexa; ella foi escripta por um dos maiores vultos da medicina norte-americana nada menos que William Osler, o famoso autor do "Counsels and Ideals: "A lei que conduz ás mais altas esferas é a lei do amor". Sêde bons: a terra inteira será vossa!".

Após a cerimonia liturgica, os presentes dirigiram-se para o cemiterio da Consolação, em romaria aos tumulo de Arnaldo Vieira de Carvalho, fundador e primeiro director da Faculdade. A' porta do cemiterio encontravam-se numerosas outras pessoas que se incorporaram aos estudantes e professores daquelle estabelecimento de ensino, dirigindo-se todos para o tumulo de Arnaldo Vieira de Carvalho.

Entre os presentes notavam-se os dois filhos do saudoso scientista, srs. drs. Raul e Carlos Vieira de Carvalho.

Após alguns minutos de silencio, usou da palavra o prof. Ovidio Pires de Campos, que recordou a vida de Arnaldo Vieira de Carvalho, cujo nome, disse, está indissolavelmente ligado á Faculdade de Medicina, de cuja fundação foi a figura central, o animador do importante empreendimento que hoje envaidece a todos os paulistas. Terminava por dizer que a semente lançada pelo emerito cirurgião cahira em bom chão. Porque a Faculdade, agora, está á altura do nome de cirurgião do seu primeiro director.

Em seguida, falou o academico Quirino Ferreira, dizendo que os alumnos da Faculdade de Medicina se ufanam de pertencer ao modelar instituto que nasceu nas mãos de Arnaldo Vieira de Carvalho. Mais adiante diz: "Não quiz o destino que elle visse sua obra em toda a plenitude de grandeza, mas ella ahí está a reviver a gloria do seu primeiro director". E, finalizando: "Arnaldo Vieira de Carvalho constituiu, constitue e constituirá um exemplo e um modelo, não sómente por seu enorme devotamento á sciencia, mas tambem pelo seu trabalho exhaustivo em prol da humanidade soffredora".

Dirigiram-se os presentes, depois, para o tumulo de Edmundo Xavier, o primeiro professor cathedratico da Faculdade.

Nessa occasião falou o sr. dr. Raphael de Barros, que pronunciou o seguinte discurso:

"Ao commemorarmos a ephemeride do nosso 25.º anniversario não podiamos deixar esquecer a saudosa memoria do prof. Edmundo Xavier, que foi quem proferiu a primeira aula dos cursos medicos em São Paulo.

Logo ao iniciar-se a escolha dos professores para o corpo docente da nossa Faculdade, pelo pranteado prof. A. V. C., se por vezes o velho mestre nessa incumbencia encontrou grandes difficuldades na selecção, entre os profissionaes que se rivalisavam pelo seu saber e probidade moral, o nome de Edmundo Xavier se impunha na cathedra de Physica como professor consagrado e unico na materia.

Edmundo Xavier sempre cultuou as sciencias physicas dedicando-se com amor, desde o inicio da sua carreira, á electro-radiologia e todos os velhos clinicos de S. Paulo se recordam do seu notavel consultorio da ladeira Dr. Falcão.

Logo depois da memoravel descoberta de Roentgen, foi elle entre nós o precursor da radiologia, vencendo pelo seu valor e dedicação ao trabalho, todas as difficuldades decorrentes das imperfeições da aparelhagem da época, e ainda mais, pagando o duro tributo dos pioneiros da especialidade, e como tantos outros, não se livrou da implacavel radiodermite que o acommetteu gravemente.

Foi o organisador e primeiro professor da cathedra de Physica no Gymnasio do Estado e o seu nome era sempre obrigatoriamente indicado no celebre curso annexo, como presidente das bancas de Physica e Chimica; como examinador, foi severo e temido, mas sempre justo e bondoso, pelas suas não passaram, pode-se dizer, toda nossa actual elite intellectual de São Paulo.

Regeu por longos annos na Escola de Pharmacia a cadeira de Chimica Organica, onde tivemos a oportunidade de seguir, como alumno, o seu curso.

As suas magnificas lições e assiduidade no magisterio o consagraram para sempre, revivendo na

memoria de todos os seus numerosos discipulos.

Na Faculdade de Medicina foi Edmundo Xavier escolhido para reger a cadeira de Physica Medica, onde teve a ventura de ser seu modesto collaborador como 1.º assistente.

Iniciou o seu curso exactamente ha 25 annos, pronunciando a primeira lição na Escola Polytechnica, gentilmente cedida para começo das nossas aulas. Em seguida a Faculdade foi transferida para a Escola de Commercio "Alvares Penteado", onde continuou o curso superando mil difficuldades com absoluta falta de materia, para as demonstrações praticas.

Mais tarde, já então instalado em predio proprio, embora adaptado, foi Edmundo Xavier o primeiro organisador do laboratorio de Physica, adquirido por elle proprio no estrangeiro, supprindo todas as exigencias para as aulas praticas que se seguiam as suas explanações theoreticas.

Passaram-se longos annos de ensino exaustivo, e com o fallecimento de A. V. de C. assumiu elle a direcção da nossa Escola, que soube dignificar, trabalhando arduamente, com a maior abnegação, numa época difficil, em que se debatia nas camaras federaes o reconhecimento da nossa Faculdade.

Foi graças á sua acção energica e trabalho infatigavel que se conseguiu a equiparação da Faculdade de São Paulo e consequente reconhecimento dos nossos diplomas para todo o Brasil.

A esse facto, cuja gloria cabe toda a Edmundo Xavier, aqui rendemos o nosso pleito de gratidão inolvidavel.

Pelo simples e falho relato da sua vida profissional se depreheende logo toda sua dedicação ao professorado, não só nos cursos secundarios, como, principalmente, no curso superior, ao qual dedicou os melhores dos seus esforços em prol do engrandecimento da nossa Faculdade, devotando-se inteiramente ao ensino.

Mais tarde despertou-se no velho mestre um antigo pendor, e, como que voltando aos seus primeiros amores, Edmundo Xavier transferiu-se para a cathedra de Chimica Medica, na qual tantos annos se dedicou com afinco, e nessa disciplina militou brilhantemente, até que a morte implacavel nos privou do seu convívio.

Sobre o seu tumulo prestamos justa homenagem á sua fecunda carreira de professor e director, cuja memoria deverá permanecer gravada nos corações das gerações futuras, como exemplo de trabalho e dedicação”.

Por ultimo, fez uso novamente da palavra o academico Quirino Ferreira, que recordou a vida de Edmundo Xavier, pondo em relevo as suas invulgaes qualidades de professor e de cientista.

* * *

Nos salões do Club Commercial, realisou-se, ás 13 horas, o almoço de confraternisação dos ex-alunos e professores sob a presidencia de honra da sra. Constança Vieira de Carvalho, viuva do dr. Arnaldo Vieira de Carvalho.

Compareceram os srs. representantes do interventor federal e do secretario da Educação; dr. Reynaldo Porchat, reitor da Universidade; dr. Altino Arantes; dr. Oscar Rodrigues Alves; dr. Americo Brasiiliense; dr. Synesio Rangel Pestana; dr. Meirelles Reis Junior; dr. Sebastião de Camargo Calazans, director do Serviço Sanitario; dra. Carlota Pereira de Queiroz; dra. Adelia Ferraz; dra. Emma de Azevedo; dra. Carmen Escobar Pires; Congregação da Faculdade de Medicina, além de numerosos elementos de destaque da classe medica de São Paulo, professores dos varios institutos da Universidade, e personalidades da nossa melhor sociedade.

Falou por essa occasião o dr. Pedro de Alcantara, que pronunciou o seguinte discurso:

“Meus senhores.

Ha menos de um mez, discursando em uma festa de homenagem, discurssei contra os discursos, mostrando todos os vicios que os condemnam e denunciando-os como uma sobremesa insossa, ou como uma redundancia, ou como uma exaltação de vaidade, ou como um pretexto para a reunião, em qualquer caso um perturbador dos prazeres que acompanham uma refeição feita em boa e gostosa companhia.

Com esse discurso eu esperava encerrar uma era tristonha da humanidade, a era das refeições com discursos, e iniciar uma outra, feliz e risonha, a das refeições sem discursos.

Não contava, porém, com a malicia do dr. Flaminio que, para mostrar-me a inanidade dos propositos humanos, trouxe-me, pela força incoercivel de sua amizade, a esta situação de orador postprandial, a mesma que eu havia condemnado com tanta vehemencia.

Pelo proprio espirito desta festa, este discurso incorreria pelo menos e obrigatoriamente em um dos vicios que denunciei: o da redundancia.

Realmente, que sentimento poderia eu evocar, aqui, que não fosse commum a todos nós? As alegrias, já tão longinquoas, da vida academica? As bizarras e as exquiritices destes ou daquelles professores? As esperanças risonhas de uma lua de mel com a profissão? A saudade dos mestres já fallecidos? As emoções com que acompanhámos cada phase do desenvolvimento material ou espirital da Faculdade? Nenhuma dessas cordas emotivas poderia ser vibrada sem que, unisonas, vibrassem as mesmas cordas nos corações de todos nós. Discursar seria, pois, despertar écos tão sonoros que a minha propria voz não mais se faria ouvir.

Prefiro, então, empregar a palavra que me foi concedida em transformar o discurso impossivel em um offertorio, o qual, e só elle, dará a esta festa o seu verdadeiro sentido espirital.

Exma. sra. d. Constança Vieira de Carvalho.

Esta festa é vossa. O que aqui vêdes é o fruto humano do trabalho de amanho e plantio de Arnaldo Vieira de Carvalho. A Faculdade de Medicina de São Paulo é dessas criações que só espíritos tocados pelo genio poderiam idealisar e projectar no futuro. Mas o espirito é frio. Idéas de tal grandeza só viçam e florescem quando o espirito em que nascem é aquecido ao calor do affecto, quando têm suas raízes no coração amantíssimo de uma companhia e neste encontra, as forças com que vence, as intemperies. Vós fostes a chamma affectiva e na qual se retemperou o espirito criador desta Casa.

Acceptae, pois, esta festa e recebei-a com os votos que, de coração, todos nós fazemos pela vossa felicidade pessoal".

* * *

A's 21 horas e meia com excepcional imponencia, no theatro da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, realisou-se a sessão solenne annunciada, a qual encerrou as commemorações pela passagem do 25.º anniversario da installação dos cursos daquelle estabelecimento de cultura.

A' cerimonia compareceram os srs. interventor federal em São Paulo, s. exa. revdma. d. José Gaspar d'Afonseca e representantes do sr. commandante da Segunda Região Militar e dos srs. secretarios de Estado, o professor Ernesto de Souza Campos, director da Faculdade de Philosophia, Sciencias e Letras, e o corpo docente da Faculdade de Medicina em sua quasi totalidade, accorrendo á reunião numero publico e estudantes das Faculdades de que se compõe a Universidade de São Paulo.

Iniciando a solennidade, o professor Flaminio Favero, director da Faculdade de Medicina, passou a presidencia da sessão ao dr. Reynaldo Porchat, reitor da Universidade, o qual, por sua vez,

pronunciou uma ligeira allocução acerca das commemorações do 25.º anniversario da installação dos cursos medicos.

O sr. reitor da Universidade annunciou então, a cerimonia da entrega de um estandarte ao Centro Academico da Faculdade de Philosophia, Sciencias e Letras, pelo Centro Academico "Oswaldo Cruz", e deu a palavra ao estudante Alberto Carvalho da Silva, representante desta ultima associação.

O sr. Alberto Carvalho da Silva, num eloquente improviso, falou sobre a amizade que liga os estudantes da Faculdade de Medicina aos da Faculdade de Philosophia, Sciencias e Letras, amizade essa que a entrega do estandarte á mais jovem das nossas Faculdades mais estreitaria. Disse da importancia que essa escola de altos estudos representa no seio da communitade paulista, e cujos beneficos effectos já se fazem sentir entre nós.

A entrega do estandarte, portanto, — frisou — não era apenas uma solennidade, e sim um gesto de fraternidade e de convite dos academicos de Medicina aos academicos de Philosophia, Sciencias e Letras afim que todos juntos trabalhassem para a elevação da nossa cultura social. E terminou accrescentando que o progresso da Faculdade de Philosophia, Sciencias e Letras era, sempre, grato aos academicos da Faculdade de Medicina.

O orador foi longamente applaudido, tendo o sr. reitor da Universidade dado a palavra, em seguida, ao representante do Centro Academico da Faculdade de Philosophia, sr. Lourival Machado.

O sr. Lourival Machado teve as seguintes palavras de agradecimento para os academicos de Medicina :

"O Gremio da Faculdade de Philosophia, Sciencias e Letras não terá apenas palavras cortezes de agradecimentos ao receber, das mãos dos estudantes da Faculdade de Medicina, seu estandarte. Nosso mistér não se resumirá nos

termos convencionaes já bastante descoloridos pelo uso constante e nem sempre sincero. Além da expressão real do encantamento causado pela festa deslumbrante com que nos recebeis para confiar-nos uma dadiua soberba, mais que os agradecimentos francos arrancados pelo calor de vossa amizade, ha ainda, alguma coisa a ser dita”.

Proseguiu o orador historiando em rapidos traços a vida da Faculdade recém-criada, e a sua luta pela compreensão das suas verdadeiras finalidades, dizendo :

“E, finalmente hoje, são os alumnos da Faculdade de Medicina os portadores espontaneos do galardão da victoria. São os primeiros universitarios paulistas que franca e amigamente nos estendem a mão num gesto joven de cooperação e cordialidade. Nasceu emfim o espirito universitario. Já não é mais uma necessidade premente mas uma arma conquistada. Já não é um desejo mas uma questão solvida. Por isto aqui estamos. Por isto nossa alegria é incommensuravel. Por isto queremos repetir convosco, estudantes de medicina, o nosso crêdo, a expressão de nossa vontade de proseguir.

Proseguir, porque esperam pela continuidade da nossa marcha. Continuar o caminho, porque longe estamos do seu fim. Esta terra continua á espera dos seus engrandecedores. Não bastam mais esforços desesperados do individuo isolado; já não satisfazem as soluções que nascem e morrem com os seus criadores. E' insufficiente para a sua vida o sacrificio das intelligencias improvisadas pelo esforço ou tornadas encyclopedicas pelo auto-didatismo estafante. Ao Brasil — sufficientemente adulto — já não compete viver da vibração intellectual de um ou de muitos grandes homens. Mais do que isto elle péde uma élite. Não élite casual — um grupo de homens superiores, unidos pelo acaso da altura mental equivalente — mas a élite preparada — sociedade cuja vida em commum é

condicionante da consecução de seus fins culturaes.

Já não tememos mais o fracasso. A transmissão desta flammula marca o inicio do movimento esperado. Sois vós os que nos buscamos, os que vêm cooperar connosco, os que nos fazem justiça, os que vêm em nós alumnos de uma escola util, necessaria e profundamente nacionalista, deste nacionalismo sadio, em que o affecto se baseia no conhecimento da terra e da gente. A flammula pacifica, esplendorosa nas suas côres, que depositaes em nossas mãos transfigura-se adquirindo tonalidades marciaes de pendão bellicoso : sua belleza calma convulsiona-se soprada pelo vento das marchas”.

Terminou a sua allocução com as seguintes palavras, que mereceram longos e vibrantes applausos da assistência ;

“O brasileiro moderno não quer ser sceptico, soffre o scepticismo. Não lhe convem indifferença, a descrença, mas antes é o seculo “com seu synthetismo e seu sobrio ideal de technica” o gerador dum ponto de fé. A conquista do homem sobre a natureza é a laboradora lenta deste ideal solido da crença em nós mesmos. Só venceremos quando realisarmos nossa existencia nos seus caracteristicos proprios, abandonando quer a imitação preguiçosa, quer o pedantismo “snob” do chocante.

Devemos ser nós mesmos. Devemos viver da nossa personalidade para a nossa personalidade. E isso só conseguiremos quando tivermos a nossa cultura, a nossa adaptação aos problemas ambientais do progresso da arte, da sciencia e da philosophia. Só então teremos conquistado a nossa cultura, esta cultura rica que só pode ser elaborada pelas “Universidades”.

Teve, depois, a palavra o academico de Direito Paulo Tormin, representante do Centro Academico “XI de Agosto”, que improvisou longa e bella oração acerca das commemorações realisadas hontem.

Estabeleceu um paralelo entre as datas de 11 de Agosto de 1827, instalação dos cursos jurídicos, e 2 de Abril de 1913, instalação dos cursos medicos, no Brasil, que foi a emancipação da cultura brasileira á cultura européa. E depois de accentuar o papel da Medicina e do Direito na sociedade dos homens, terminou a sua oração congratulando-se com os academicos da Faculdade de Medicina, em nome dos academicos de Direito.

O representante do Centro Academico "XI de Agosto", foi, tambem, bastante applaudido, como os seus antecessores na tribuna.

O sr. professor Alipio Corrêa Netto, presidente da Associação dos Antigos Alumnos da Faculdade de Medicina, pronunciou então o seguinte discurso :

"Detentor eventual do posto por demais honroso para qualquer filho desta casa, qual seja o de presidente da Associação dos antigos Alumnos da Faculdade de Medicina, é a razão por que falo nesta solennidade. Honra demasiada talvez responsabilidade illimitada constitue a commissão que me commetteu o prof. Flaminio Favero, porque venho traduzir os sentimentos de cerca de 800 medicos daqui egressos. A responsabilidade sobreleva-se quando supponho que fico obrigado a representar uma pleiade de homens de sciencia, observadores attentos do nosso desenvolvimento e que se sentiriam felizes, por certo, se pudessem estampar de modo inconfundivel a consideração e o amor dedicados á instituição de onde tiraram os ensinamentos que os norteiam de modo tão firme nesta espinhosa profissão que abraçaram.

Senhores, a nossa Faculdade é joven e austera ; ella inspira respeito aos seus discipulos e elles têm por ella um amor filial profundo e confiantel Joven que é, ainda não alcançou o completo desenvolvimento. Nós assistimos ao facto paradoxal de contemplarmos os filhos os progressos mater-

nos no desdobrar de um desenvolvimento no sentido ascensorial, traduzindo a pujança admiravel dos organismos vivificados pela seiva forte da juventude sadia e energica. Não podia aneystar-se a nossa Faculdade naquelle nucleo fundamental criado pelo seu fundador, porque essa semente tinha a ligar-lhe os elementos formativos a força potencial do entusiasmo, dos principios honestos no ensino medico, que lhe transfundiu aquelle espirito clarevidente, a cuja lembrança dobra-se a nossa frente com respeito e admiração.

Ao collaborar com a directoria desta Faculdade na organização de um programma commemorativo, houve por bem a Associação dos Antigos Alumnos orientar-se num sentido pratico e mostrar de maneira objectiva os progressos que se vão aqui alcançando nos methodos de ensino e de pesquisa. Esta série de palestras, de alto valor instructivo, tem duas intenções fundamentaes — uma dellas é a ministration de ensinamentos novos, e outra, mais importante ainda, tem fundo todo moral, qual o de trazer ao seio da Faculdade os discipulos daqui partidos em épocas diversas e dispersos pelo solo patrio. E' bem de ver a emoção com a qual muitos delles atravessam estas portas, onde passaram boa parte da mocidade e agora relembram, evocando recordações em cada canto, aquella quadra feliz.

Ha outras razões, além das de ordem sentimental, só por si dignas de maior respeito, para que os discipulos frequentemente ininterruptamente a sua escola. Um pensador patricio, Calogeras, dirigindo-se a diplomados por uma escola superior, affirmou : "Nenhum de nós são das escolas sabendo. Apenas nos melhores casos, conseguimos consolidar noções de como e onde se estuda, se perquire, se induz e se deduz". "Aprendemos a aprender". Se outras razões de ordem espiritual, igualmente respeitaveis e mesmo mais nobres, não houvesse, só a adver-

tencia encontrada nessas verdades ditas tão claramente em synthese admiravel, produzida por intelligencia de elite, bastaria para mostrar a nós, antigos alumnos, os caminhos da Faculdade. Se para outros ramos das actividades intellectuaes aproveitam os conceitos referidos, elles são profundamente veridicos no que respeita a nossa profissão. Podemos para nosso uso alargar mais a affirmativa e ser mais rigorosos dizendo que — aprendemos, que precisamos aprender. A evolução da Pathologia de um lado, do outro os aperfeiçoamentos dos meios de pesquisa, obrigam-nos a um continuo alerta da nossa intelligencia, para não resvalarmos rapidamente, em poucos annos, para a medicina obsoleta. A evolução dos conhecimentos em Pathologia soffrem modificações rapidas e profundas, alterando as proprias bases dos conceitos tidos como classicos. A physiopathologia rhenal é um exemplo; trabalhada profundamente pela escola germanica, vem hoje repousar em fundamentos inteiramente differentes dos até então tidos como certos. Os conhecimentos cada vez mais intimos das secreções endocrinas deram ramos pela physiologia normal e pathologica uma torrente modificadora na comprehensão de uma infinidade de problemas mal resolvidos ou intactos. O advento das vitaminas veio revolucionar muitas regiões pacificas da pathologia, introduzindo-lhes modificações tão rapidas e radicaes que lhes dão aspectos de transformações caleidoscópicas. Assim sempre foi, os progressos da medicina são grandes e constantes: assim o sera sempre porque os problemas medicos ahí estão todos propostos á vista, de enunciado claro: resta-nos apenas resolvel-os. E, para este mister, ha, em todo o mundo, uma pleiade de homens devotados até o sacrificio. A classe medica é profundamente estudiosa: ha mesmo uma preocupação quasi fanatica entre os pesquisadores pelos trabalhos originaes. Cada um deseja carregar a sua

pedra para a feitura do templo magnifico pelo bem da humanidade; e o fazem através de cancelas e sacrificios, de devotação estoica e actividade incansavel, abnegação e desprendimento, querendo, como unica recompensa, a gloria de um nome respeitado pelos seus semelhantes. Se no exercicio da clinica é a profissão medica tida como um sacerdocio, na pesquisa poderíamos julgar estes profissionais verdadeiros exegetas, apartados do mundo, no abandono intellectual a cata das interpretações para o livro aberto da natureza.

Como já dissemos, se as questões estão propostas, pois ellas são as doenças que campeiam e sacrificam o homem; se estas incognitas são trabalhadas por homens dedicados em todas as nações, não é surpresa sejam os progressos notaveis. Apenas com as bibliothecas e laboratorios levam o profissional ao alheamento as mais importantes aquisições, que viriam beneficiar directamente o paciente sob a sua guarda. A responsabilidade do clinico é immensa e nunca é exaggero assignalar-lhe as proporções, por isso que ella implica a custodia do supremo bem que o Criador nos legou — a Vida. No combate ao inimigo traçoeiro e pertinaz — a doença — precisamos ter sempre retemperadas as nossas armas na forja da sciencia.

Taes as considerações que vêm a pêlo para justificar, ao nosso ver, que a melhor commemoração que poderíamos fazer do 25.º aniversario da nossa Faculdade fora organisarmos uma série de palestras, perlustrada brilhantemente pelos antigos alumnos, versando themas nos quaes são especialistas, encarando-os com o conceito individual e illustrando-os com somma vasta de argumentos tirados da observação dos factos e das pesquisas.

Aprendemos nos bancos escolares que precisamos aprender; resta saber como e onde apprehender. Pretendeu a Associação dos Antigos Alumnos mostrar que na

Faculdade é o lugar onde se aprende, porque ella já constituiu uma escola onde as questões medicas e affins são encaradas com visão propria; aqui se pode ensinar e aqui se ensina com methodo e proficiencia. Pretendemos ainda demonstrar que a nossa Faculdade tem suas portas abertas ao aprendizado e que, dentro dos seus laboratorios e enfermarias, encontrarão os estudiosos o que aprender e acharão quem ministrar esses conhecimentos. Mesmo diplomado não está o medico sobrigado de frequencia á Faculdade, ella será a fonte onde encherá este peregrino do bem o cantil de agua fresca de conhecimentos novos. A Faculdade é a Meca onde ella alija o peccado dos conceitos anachronicos e recebe a graça dos ensinamentos exactos.

Mas, senhores, se voltarmos desta forma a attenção para a nossa Faculdade, estamos rendendo homenagem ao seu fundador. Não podemos contemplar o firmamento sem nos lembrarmos do criador. Recordamo-nos, neste momento, em que nossas almas se voltam para a figura dominadora do criador deste instituto de trabalho, das palavras de Socrates, no "banquete": são glorificados os homens que consummaram grandes e bellos feitos e engendraram as virtudes. Nunca porém, por virtude dos filhos do corpo em parte alguma se erigiram aos paes monumentos semelhantes". Este monumento nós o erigimos e o incensamos com o nosso reconhecimento. A Faculdade tem um corpo, uma vida vegetativa manifesta no azafama de trabalho e esforço que encontra substracto anatomico na magnificencia do palacio que nos abriga; tem uma vida de relação estampada no brilho do seu corpo docente, povoado de intelligencias lucidas e bem trabalhadas no sentido constructivo do engenho humano, no seu corpo discente onde desde cedo se habitua o espirito á feição da seriedade em que encaram os problemas da vida — estes rhythmos de actividade conscien-

te é a manifestação inconfundivel da vitalidade que veio da semente e que se desdobra nas infinitas manifestações do honroso e proficuo esforço desenvolvido incensantemente em bem da humanidade soffredora.

Senhores, sobrepujando a todas as eclosões de vitalidade, existe a entidade metaphysica com que se confunde o nome, a existencia da Faculdade — é a sua alma, as pulsações deste sentimentalismo que resuma das actividades dos que ensinam com seriedade, dos que pesquisam com fé, dos que aprendem com sede de saber; ha em tudo um factor invisivel e imponderavel mas percebido pelos corações, avaliado pelos sentimentos, agasalhado no sentir de todos que passaram pelos mesmos bancos — é a alma da Faculdade grande, imperecivel, dominadora. que na sua essencia se confunde com um nome, nome paradigma, respeitado, querido — Arnaldo Vieira de Carvalho".

O professor Antonio de Paula Santos, porta-voz dos sentimentos da congregação, pronunciou, em seguida, o seu discurso de homenagem ao professor Celestino Bourroul, decano dos professores da Faculdade de Medicina:

"Bem haja a amizade!

Sómente a ella, ainda uma vez, devo minha presença nesta tribuna, delegado da douda Congregação da Faculdade de Medicina de S. Paulo, para desincumbir-me da grata e elevada tarefa de saudar em seu nome, o decano de seus membros, encarnado na egreja pessoa do prof. Bourroul.

No momento em que commemoramos um quarto de seculo de existencia, orgulhosos da obra realisada, embevecidos ante a perspectiva de um futuro promissor e brilhante, — depois de, ungidos e contritos, havermos pago nosso tributo de gratidão aos mortos estremecidos, — toca-nos a vez de celebrar o vivo presente, daquelle dia glorioso de Abril de 1913, testemunhando-lhe a nossa alegria o nosso respeito e a veneração

desta Casa ao professor provecto que tanto soube dignificá-la, através da longa e difficullosa jornada.

Não me commetteram dizer dos fastos da Faculdade, senão da opportunidade da homenagem. Nesse contraste, porém, não ha negar que o parallelo é admiravelmente semelhante: — ambos se hobreiam para completar-se.

Numa época de inteira subversão de valores, qual a de hoje, avassallada pela cupidéz de um materialismo selvagem e estúpido, — nossa alma palpita, nosso espirito vibra á contemplação de um espectáculo como este, em que a intelligencia e o sentimento se congraçam para glorificar aquelles que, alheios ás competições grosseiras, dedicados, tão só aos misteres sublimes da sciencia applicada a lenir os soffrimentos humanos e promover os aperfeiçoamentos sociaes, outra recompensa não esperam, para tantas fadigas, senão a justiça e a consideração de seus pares.

Em Celestino Bourroul, impossivel se torna dissociar o homem — do clinico e do professor.

Alludir a um dos seus predica-dos, focalisar um dos aspeccs dec sua actividade implica o estudo integral de sua personalidade e dos attributos que a exornam — tarefa superior, por certo, as nossas forças.

Um traço caracteristico, um predica-do marcante, uma virtude imperativa individualisam, todavia, de modo inconfundivel, o nosso eminente collega: — é a sua bondade incomparavel, divisa de um brazão no qual se poderia inscrever — "Suaviter in modo, fortiter in re".

E esta formula, para bem comprehender-se, merece analysada no que encerra de verdade e ensinamentos, porque, se a Bondade, meus senhores, representa uma concessão, esta só poderá dar-se ou fazer-se para o Bem.

Transigir com o Mal não é bondade: é fraqueza, é dolo, é tolerancia criminosa.

Ser bom significa conceder, sem afronta ao caracter, resguardando os melindres da consciencia, sem que a dignidade se rebaxe.

Tal a razão por que a pratica da Bondade, consoante estes preceitos tantas vezes importa em sacrificios, em verdadeiros holocaustos, aparentemente mal comprehendidos, — eis que sómente aos fortes, aos estoicos, é dado exercel-a, destemerosos das consequencias e das criticas superficiaes ou menos ponderadas.

Senti a necessidade de frisar este ponto, exmo. prof. Bourroul, para assignalar como interpreto a vossa conducta na cathedra: — bondoso, infinitamente bondoso, mas intransigente com os remissos, rigoroso e imparcial nos julgamentos, inquebrantavel na fortaleza de animo com que enfrentaes todas as luctas, sereno e tranquillo diante de todas as vicissitudes.

E todos os que vos estimam e admiram, ficamos extasiados perante o magnifico exemplo que nos daes, á custa dessa philosophia abençoada que hauristes nas mais puras fontes da doutrina christian — representando aos nossos olhos o homem de fé, o homem perfeito, para edificação de quantos fruimos a ventura do vosso convicio e nos honramos de vossa amizade.

Eis, prof. Bourroul, o que me permitti dizer-vos, sem apuros de linguagem, mas com toda a sinceridade e regosijo, no dia de nosso jubileu nesta que é tambem a vossa Casa.

Vosso procedimento, aqui, na regencia de duas cathedras, pelo interregno de cinco lustros, foi sempre aquelle que vos impuzestes como directrix em todos os actos de vossa vida; o mesmo que exercéis como cidadão, como profissional, como chefe de familia — pautado pelos mais altos principios ethicos e executado a expensas de uma intelligencia aprimorada no culto dos estudos, no amovavel trato dos livros e da enfermaria, sem medida de sacrificios, relegados de plano a saude, os interes-

ses e tantas outras coisas humanas e caras aos vossos semelhantes.

Tal sois, prof. Bourroul.

E se me fôra consentido concretisar num symbolo as glorias e virtudes da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo — tomaria como paradigma a figura de v. exa. — *typo de honradez, modelo de dignidade, exemplo perfeito de bondade* — os flôrões que engrinaldam a criação imperecível de Arnaldo Vieira de Carvalho”.

O professor Celestino Bourroul respondeu com as seguintes palavras ao discurso do professor Paula Santos:

“Meus prezados collegas de Congregação. Quizestes, por esta commovedora homenagem, destacarme como o professor mais antigo da Faculdade.

E levastes a delicadeza ao estremo de me dizer coisas tão amáveis, de modo tão amavel, pela palavra generosa e boa de meu nobre amigo Antonio de Paula Santos.

Não entrevejo razões para semelhante manifestação a não ser as razões do coração, que são desrazões. Nada fiz para merecer tal distincção; e se o fizesse pouco teria feito diante do muito que ha por fazer.

Vem dahi o sentimento da modestia, do servo inutil.

E depois a obrigação, aceita voluntariamente e assumida livremente, era de servir...

“Non venit ministrari sed ministrare” não vim para ser servido mas para servir, dizia Jesus a seus discipulos.

Em Vienna, a nobre e culta cidade deliciava-me a saudação tão delicada: “*Servus*”.

Os papas inscreveram em seus lemmas: “*Servus servorum Dei*” Servir não é subserviencia, mas é se dar.

E o que é a vida senão uma continua servidão ás necessidades vitaes?

O “non serviam” é o grito de revolta da criatura contra o seu

criador, um dos males contemporaneos.

A ingratidão é o esquecimento do beneficio recebido, o negregado e torvo sentimento, estranho mesmo a certos animaes irracionais e que levou um fino pensador francez a dizer “plus je connais l’homme plus j’aime le chien”.

Não sei se attestastes á passagem evangelica do moço rico a perguntar a Jesus o que devera fazer para ganhar a vida eterna — “*Serva mandata*”, respondeu-lhe o Mestre.

A Sociedade — é Renan quem o diz — ainda se embassa sobre os dez mandamentos da lei mosaica, e no dia em que lhe faltarem esses alicerces ella ruirá.

Bem fizestes, meu amigo, em apontar a bondade como a salvação desta triste e dolorosa humanidade.

Partida de Deus, ella volve para Deus, neste circulo divino em que Jesus nos lançou, como filhos que somos de Deus; e por esta paternidade e filiação divinas — *Dif-estis* — sois. Deuses. Vêde a criança, um pedaço de nós mesmos, gota de sangue ou “gota de leite com um raio de luz”, dizia Junqueiro, mixto da fraqueza que nada pode e da força que tudo pode sobre os paes que fazem pelo filho o que talvez não fizessem por nada. Ahi tendes a familia, nessa troca de sentimentos e affectos, nessa eterna e sempiterna attracção dos sexos para a constituição do lar e para a conservação da especie, familia cellula viva e basica, sem a qual a sociedade não subsistiria. Mas ha, muita vez, nos sentimentos humanos, um que de interesse e de egoismo.

Os santos tenham talvez o interesse do ceu, os heróes o da gloria, mas os seus actos podem passar despercebidos.

Dahi a justiça da glorificação e da lembrança para todos os santos, servidores e soldados desconhecidos da grande causa da humanidade pela qual souberam viver e morrer assim escondidos numa suprema renuncia e desprezo

pelos applausos e recompensas, porque fizeram o bem pelo bem.

O nosso reconhecimento, pois, a todos aquellos que trabalharam pela grandeza desta Escola.

Aos companheiros de jornada que, partindo connosco, tombaram em meio do caminho, levados pela morte, a nossa saudade. A' memoria do nosso inesquecivel chefe Arnaldo Vieira de Carvalho a nossa gratidão.

A' sua boa companheira de existencia, que ainda hoje honrou e dignificou o nosso agape com a sua presenca bondosa, á senhora d. Constança Vieira de Carvalho os nossos agradecimentos. Revendo os primordios da Escola desde a aula inaugural do professor Edmundo Xavier em uma sala, cedida pela Escola Polytechnica, a 2 de Abril de 1913 (faz hoje 25 annos!) e logo no dia seguinte a minha aula inaugural a 3 de Abril de 1913, passando depois pela Escola de Commercio Alvares Penteado e depois nos predios ns. 1, 42 e 45 da rua Brigadeiro Tobias, até o alto deste morro, dentro deste palacio maravilhoso em que estamos neste momento é-me grato verificar a sua ascensão magnifica, sem me esquecer dos porões, sotões e casas velhas — verdadeiros pardieiros — que nos deram guarida, nos tempos primeiros de nossa fundação, porque muita vez são por desvãos excusos e toscos que jorra a luz pelo esforço aturado e inventivo, como a pedra faiscante sae pelo trabalho do garimpeiro da ganja bruta que a escondia ciumenta. A Escola não está, entretanto, completa: falta-lhe o Hospital das Clinicas — complemento indispensavel — cujo projecto se deve ao professor Luiz Rezende Puech que de ha muitos annos vem se occupando, com especial carinho da nossa organização hospitalar; e que hontem, em memoravel exposiçào, nos deu o fruto de seus estudos e valiosas suggestões de sua grande pratica. É a vós, meus queridos discipulos, o que hei de dizer?

Continuave a trabalhar para beneficio vosso e bom nome da Fa-

culdade, nas normas da educação aprimorada que recebestes no seio de vossos lares, para não desmerecerdes das virtudes de vossos paes, que são os verdadeiros braços de familia em terras da democracia.

Só o trabalho pode dignificar a vida, porque vida sem trabalho é uma vida sem dignidade.

O operario merece o seu salario, mas quando trabalhe. "A porta do ceu soffre violencia", diz o livro Santo, e são só os esforçados que a conseguem abrir. Em meio das difficuldades montantes da vida hodierna preciso se faz que, nesta selecção de valores, trabalheis, com a modestia, apanagio das almas sinceras, porque a sciencia é como a perfeição uma escaldada sem fim para o alto.

E senão observae: no valle a vista alcança o horizonte todo, estreito e curto, mas á medida que se vae subindo os horizontes se vão dilatando por tal forma que não mais se pode abraçal-o na immensidade toda de sua extensão.

O problema social é um problema moral. "Não basta, preceituava o pae da Medicina Hippocrates — ser perito na arte, cumprir ser honesto em todos os actos da vida".

Têm os moços o ardor trefego, generoso e buligoso, da idade. Mas ás vezes, se arrojam elles, como o heróe de Cervantes, contra outros moinhos de vento os andaimes e os bondes enchendo-nos, a nós seus mestres de apprehensões e cuidados porque podiam se machucar com brincadeiras tão perigosas.

E' praxe da hospitalidade receberem-se os recém-chegados entre festas e flores, de modo que não pude ainda atinar porque se recebem os calouros nas escolas com "trote" tão desapiedado e brutal.

Depois de um quarto de seculo de docencia (eu que fui o professor da primeira e da ultima hora), tenho a mais profunda satisfacção em ver os meus discipulos de hontem assentarem-se nas cathedras desta Escola, a meu lado,

cadeiras que conquistaram, depois de arduas provas de concurso, pela intelligencia e pelo esforço, dignificando, honrando e elevando a nossa "alma mater".

Carece terminar.

Chesterton, com fina ironia, constata que nós occidentaes, adoramos a palavra como se ella em nossa bocca fosse o verbo ou o logar criador de Deus a realisar coisas que amámos ou a inteirar o que nos falta.

Os orientaes ficam com os pensamentos e com os sentimentos de modo a evitar os desentendimentos reciprocos. E todos — occidentaes e orientaes vivemos com as boas intenções com que se poderia assoalhar o purgatorio. Melhor fôra que eu desde o começo me calasse e apenas vos dissesse á guiza de reconhecido e sentido agradecimento a palavra do poeta "o silencio é a voz de tudo que se sente e não se pode dizer".

Se tal não o fiz quizera apenas dizer ao meu amigo, orador vosso que a sua grande amizade para commigo o fez desarrazoar, pois só Deus é bom.

E a vós todos, amigos, collegas e discipulos e presentes.

Só a bondade pode preencher as lacunas da vida!"

Passou-se, então, á ultima parte do programma.

Antes de ler o seu discurso, annunciou o professor Flaminio Favero que diria algumas palavras ao sr. interventor federal em S. Paulo, presente á reunião. Essas palavras — disse — resumiam um agradecimento. Agradecia, em seu nome e no da Faculdade de Medicina, o decreto assignado por s. exa. no dia de hontem, autorizando a compra, para a Faculdade, da bibliotheca do professor Affonso Bovero, lente, por muito tempo, da cadeira de Anatomia desse estabelecimento. Desse modo, — concluiu — a Faculdade de Medicina via-se imprevisivelmente enriquecida com a bibliotheca do seu antigo lente cathedratico, já fallecido, bibliotheca essa que era um pouco do seu espirito, da sua cultura e do seu coração.

Pronunciou, em seguida, o seu discurso, que mereceu fartos applausos de todos os presentes.

Paavras proferidas pelo professor Flaminio Favero, director da Faculdade, no 25.º anniversario da installação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo:

"Eu mesmo avoquei para mim o grande privilegio de falar hoje, no encerramento das festas jubilaes do ensino medico paulista.

Julguei-me nesse dever e com esse direito.

Devia fazel-o, para manifestar de publico, em cerimonia de profunda significação para a vida desta escola, o apreço elevado em que a tenho, a respeitosa estima que á mesma me liga, o affecto, o amor que lhe consagro. O amor pôde requerer discreção nos seus impulsos, escondendo-se na meia sombra de um recanto. A's vezes, tão discreto é, que nem o objecto amado lhe percebe a existencia, porque fechada na arca de um coração tímido. Outras vezes, todavia, é tão forte, tão tumultuante e crepitante se apresenta, que se derrama sem peias, exigindo proclamado e conhecido. Assim é a affeição que me attrahe a esta casa hospitaleira, a esta boa...

Mas, ainda me era direito vir hoje a esta tribuna. Ha 25 annos exactamente, tantos quantos constituem os dias da Faculdade, que aqui me acho. Começamos juntos a nossa jornada: ella, para as galas que a esperavam no concerto das suas irmans mais velhas ou mais jovens, brilhando logo pelo lustre que a vontade indomavel do seu organisador lhe imprimiu de inicio, e que foi mantido depois: eu, para viver-lhe sempre, ininterruptamente, no regaço, applaudindo-a nos seus triumphos, que são todas as pedras de sua construção, e entristecendo-me nos seus pezares, identificando-me completamente com as lagrimas que tem chorado.

Vivendo juntos assim, por tão longo tempo, percebeu ella o meu querer bem, e tambem me quiz

facultando-me o accesso a todos os seus postos, numa generosidade sem limites, que a minha vida toda de serviço e dedicação não consegue pagar.

Concordareis, destarte, que era de facto um dever e um direito meu falar nesta hora. E fazendo-o, razoavel se torna que me emocione e deixe vibrar suavemente toda a cordoalha do meu sentimentalismo... A Faculdade de Medicina, minha estremecida escola, minha mãe espirital festeja hoje suas bodas de prata!

* * *

Quem pretendesse estudar a vida da Faculdade, veria, nitidos e distintos, tres periodos na sua evolução, ante-vendo, em esboço, um quarto.

O primeiro periodo descansa na acção criadora do presidente Americo Brasiliense, a principio e, depois, do presidente Rodrigues Alves e dos drs. Atino Arantes e Oscar Rodrigues Alves, e segue ao lado de um nome tutellar: Arnaldo Vieira de Carvalho. Durou cerca de 7 annos. E' o numero symbolico da perfeição, da plenitude que as letras santas registam. Começou em 1913, quando a escola sorriu aos primeiros albores da existencia, e foi até 1920, ao passar-se para o tumulo o seu inigualavel e maximo architecto. Para o homem, os 7 primeiros annos constituem a 1.^a infancia, e têm grande repercussão mais tarde. E' uma época em que os embates do meio mais impiedosamente se fazem sentir, pela desproporção delles ante a fraqueza do tenro organismo que se apresta para a luta. Mas, sendo boa a constituição physica e adequado o amparo, a tempera e enrija e a jornada se orienta para longo e efficiente caminhar. Não faltaram á escola os bafejos da eugenia e da hygiene. A lei que criou a Faculdade, e aquelle que recebeu a missão difficil de executal-a, tiveram a medida exacta de todas as necessidades futuras que o ambiente requeria. Considerando essa lei paulista e o que a cumpriu, eu

me lembro sempre de bella e expressiva parabola do Mestre dos mestres. "Ecce exiit qui seminat, seminare..." "Eis ahi que sahio o que semeia a semar" — é como principia a suggestiva lição que os labios de Jesus deixaram distillar no seio dos discipulos dilectos. E quando semeava o semeador, uma parte da semente cahiu junto da estrada, outra em pedregulho, outra sobre espinhos, mas outra em boa terra. Desta, brotou fruto, havendo grãos que renderam trinta, sessenta e até cento por um.

Aqui, a semente era boa, excellente o terreno, experimentado o semeador. E a panta brotou cheia de seiva e verde de esperanças, ternamente vigiada pelo hortelão paternal e solícito.

E' impressionante, na vida humana, a educação. Fôrma e reforma caracteres. Faz e desfaz energias. Pasma e destróe santos ou criminosos. Mas, mais impressionante é sem duvida, o elemento estrutural ou constitucional, o temperamento. Póde ser de tal monta a sua feição, que resista aos embates maleficos ou beneficos do ambiente. Eu creio muito na gota de agua que percute a pedra e a fura. Creio mais, todavia, na riqueza do diamante que difficilmente cede ao attrito externo. A educação é muito. O berço é tudo.

A nossa Faculdade teve um berço que lhe modelou o destino. E reforçando o nascedouro, a estaca do primeiro crescimento se manteve firme e rigida, attendendo á necessidade de imprimir firmeza e rigidez.

Senão, considerae. Logo no inicio, mal sahira das mãos do seu artifice, teve, a joven Faculdade, um jacto de indisciplina a minar-lhe os alicerces. Arnaldo foi implacavel na sua justiça. Suspendeu por um anno os alumnos, em numero de 52, que lhe ameaçaram o templo de suas melhores obrigações. E a obra se salvou. Semente boa! Hortelão madrugador e vigilante!

Dahi para cá, a nau seguiu sua rota. Sobrevieram tempestades,

que cresciam para ella, mas, na occasião propicia, ella crescia para as mesmas, sobrepujando-as, vencendo-as.

A prova maior dessa fibra de resistencia tivemos-a em 5 de Junho de 1920 quando, no apogeu de possibilidades physicas, espirituaes e intellectuaes, com 53 annos de idade, Arnaldo fechou os olhos para a vida. Sua feitura maxima, como as demais, ficou. Qual nova abobada da casa capitular do mosteiro da Batalha, encontrou o fecho no engenho de um outro Affonso Domingues.

A Faculdade permaneceu, a Faculdade permanecerá, porque o berço e a 1.ª infancia lhe foram propicios, e, ainda, porque a grandiosidade de suas traves mestras tem como arrimo, agora, a memoria veneranda e immortal desse vulto privilegiado que, acertadamente, foi chamado seu pae.

Honra á memoria de Arnaldo Vieira de Carvalho e á do conselheiro Rodrigues Alves. E homenagens sinceras aos drs. Altino Arantes e Oscar Rodrigues Alves, amigos desvelados desta escola quando crescia nos seus annos iniciais.

* * *

Depois, como tem o homem a sua segunda infancia, teve-a, por igual, a Faculdade Foram 8 annos, mais ou menos, até 1928.

Andou-lhe dolorosa a vida nesse periodo. Acostumada a apoiar-se inteiramente ao braço paterno, a orphandade lhe trouxe fortes sobresaltos e grandes sustos, que, mais tarde, o despontar da adolescencia mais e mais intensificou. E' bem uma idade perigosa, essa, para os jovens. Não ha como fugir, nem para as instituições, parece, ao determinismo dessa imposição physiologica. As moças ficam exaggeradas no seu sentimentalismo plegas. E os moços, irritantes na affectação de independencia e coragem. E o freio das conveniencias funciona mal, permitindo um estupendo ridiculo.

Sim, foram dolorosos os dias desse periodo para a Faculdade! Esta hora de festa poderia ser tambem de recolhimento e meditação. E eu, daqui desta tribuna, lembrando-me da 2.ª infancia de nossa Escola, não atiraria a pedra primeira em ninguem, mas, batendo no peito sem constangimento, diria um "confiteor" leal, um "mea-culpa" sincero!

Mas, nessa quadra, fulgiram lindos contrastes, nas esplendidas victorias que conseguimos. Ahi estão, ainda, com sabor de constante actualidade, no relicario das posses de muita estimação.

Uma dessas, foi o reconhecimento dos nossos diplomas pelo governo federal. Deve-se o facto á lei de n. 4.615, de 7 de Dezembro de 1922. Era essa a maior aspiração de todos os ex-alunos das 4 primeiras turmas. E cheia de justiça. Até então, não podiamos pretender buscar outros Estados do paiz para exercer a clinica. Não que quizessemos sahir daqui, mas desejavamos ter o direito de fazel-o. Finalmente, nol-o foi concedido, e aqui ficamos todos.

Muitos amigos nossos collaboraram nesse acontecimento. Sem desmerecer os demais, cumprio o grato dever de referir-me a dois delles, saudosos professores desta casa, que puzeram o maior empenho na tarefa: Edmundo Xavier e Oscar Freire. Edmundo Xavier foi o primeiro professor cathedratico, em ordem chronologica, tendo sido nomeado em 12 de Fevereiro de 1913, para a cadeira de Physica. Assim, lhe coube, na aula inaugural dos cursos, ha precisamente um quarto de seculo, a honrosa incumbencia de ministrar o baptismo da publica iniciação á joven escola medica. Trabalhou desveladamente mais tarde, quando 3.º director, para a apresentação e o andamento do projecto federal de nossa officialisação.

Oscar Freire, espirito brilhante da escola bahiana, se encarregou de elaborar o memorial para fundamentar as razões do nosso proposito. E na 4.ª directoria, do

prof. Celestino Bourroul. hoje o nosso decano, a lei foi sancionada pelo presidente Arthur Bernardes.

A outra victoria desse periodo foi a construcção do 1.º predio da Faculdade. E' aquelle onde se acha a cadeira de medicina legal, constituindo o Instituto "Oscar Freire". A pedra angular foi posta em 25 de Janeiro de 1920, por Arnaldo Vieira de Carvalho que amargurado por luto recente, via a terra, pouco antes aberta para esconder um pedaço do seu coração, abrir-se de novo para receber o esteio de uma das suas mais bellas esperanças. Na 2.ª directoria, do prof. Ovidio Pires de Campos, a construcção se iniciou para comp.etar-se na administração do prof. Adolpho Lindenberg, o 5.º director desta casa.

Terceira victoria tivemos-a. desdobrada em tres acontecimentos notaveis, na fecunda administração Pedro Dias, 6.º director da Faculdade. Refiro-me a um completo entendimento para mais efficaz cooperação da Fundação Rockefeller, iniciada no tempo de Arnaldo Vieira de Carvalho, a instituição do regime de tempo integral e a limitação do numero de alumnos. O auxilio desinteressado da Fundação Rockefeller culminou na construcção do predio onde nos achamos, bella realisação do governo Julio Prestes e da directoria Pedro Dias, com o concurso inestimavel dos professores Souza Campos e Rezende Puech, autores do projecto e poderosas mollas do auspicioso acontecimento.

A limitação do numero de alumnos e o regime de tempo integral para o pessoal docente, pela primeira vez instituidos no Brasil em escola superior, elevaram ao maximo a efficiencia da nossa Faculdade. Esta visa não apenas formar medicos que, na vida pratica, se encarreguem da obra divina de sedar as dores, mas cuida, igualmente, de fomentar pesquisas originaes, fazer sciencia applicada e pura.

E por fim, a Faculdade penetra no seu 3.º periodo, de consolidação, de trabalho quieto e recatado. Começa nos dois ultimos annos da longa e substanciosa administração Pedro Dias e vem pelas directorias Souza Campos, Sergio Meira, Cantidio de Moura Campos e Aguiar Pupo. O novo predio se completa na directoria Sergio Meira, que com rara habilidade a installando-lhe apparelhagem sufficiente e pessoal adequado, inaugurando-o solennemente em 15 de Março de 1931, no governo João Alberto.

Nas directorias Cantidio de Moura Campos e Aguiar Pupo a Faculdade se integra e identifica na Universidade, esplendida acção do governo Armando Salles.

Esta Escola se poz, decidida e lealmente, no accordo harmonioso de suas irmans. Sempre comprehendendo ella que o corpo e o espirito necessitam da cooperação. O isolamento esterilisa e mata. Se é verdade que a nossa escola tem especificamente seu objecto e seu objectivo, rumo á finalidade que se propoz, tambem é certo que actividade decidida tem desenvolvido em pról da nossa cultura. Sente-se bem, pois, no concerto universitario onde hoje se acha com satisfacção e prestigio.

E assim continua a trabalhar, andando sua jornada ascendente. Contemplando o acervo do seu passado, vê que cerca de 2.000 trabalhos sahiram já de seus laboratorios e de suas clinicas, em 25 annos de labor constante. Esses trabalhos do seu arado, e os 859 medicos que diplomou até hoje, distribuindo-os em todos os departamentos e especialidades de acção profissional, lhe consolidaram o renome aquem e alem-mar.

Nestas festas jubilares, publicamos hoje rapida resenha historica da evolução da vida desta casa. Eu quiz, certo de agir com exactidão e segurança, que na capa dessa memoria se desenhasse a fachada da escola com um grande sol a encimal-a. O astro-rei tem luz propria, e a distribue em profusão, aquecendo, clareando, estimulando, vivificando. Assim lu-

za, sempre, com energia propria. a nossa Faculdade, toda fulgor, toda gloria, aquecendo, claramente, estimulando aquecido, clareando, estimulando, vivificando.

* * *

Esses, em esboço, os tres periodos da nossa pujante historia, que 25 annos de trabalho honesto e perseverante marcaram com letras de ouro.

São periodos em que uma realidade bem objectiva o firma. Os cinco sentidos que o organismo possui lhes attestam com segurança a existencia.

Mas, eu vos falei, de começo, que um outro periodo se esboça, começando a surgir lá ao longe, no horizonte de alvareira esperança. E o 6.º sentido que possuem os que crêm, o sentido da fé, nol-a faz entrever. E' o periodo de inteira eficiencia social. A Faculdade tem, completos, os seus laboratorios. Falta-lhe, todavia, o hospital de clinicos. Viveu, até agora, nesse particular, durante 22 annos, sob o tecto amigo da Santa Casa, recebendo valioso auxilio que o nosso reconhecimento sincero nunca poderá envolver inteiramente. E é mesmo asado que eu registre os nossos agradecimentos cordiaes á sua collenda Mesa Administrativa, aos seus consagrados Mordomo e Provedor, ao seu benemerito Director Clinico, ás santas e pacientes Irmans de caridade.

Mas a Faculdade precisa ter sua séde hospitalar. Os hospedes, quando se eternisam, por mais queridos que sejam, tornam-se pesados. Talvez já o sejamos á Santa Casa.

O sentido da fé, porém, o nosso 6.º sentido assegura que, em breve, teremos o nosso hospital. Hontem, o professor Rezende Puech nos deu, em bella e documentada conferencia, a visão completa das nossas futuras installações clinicas, em cujos planos tem posto o melhor de suas ricas e inesgotaveis energias.

A fé transporta montanhas...

Ponde, senhores, a percepção desse sentido em actividade, deixae que o grãosinho de mostarda cresça para fazer prodigios. Vêde a visão, attentae, observae, admirae, emocionae-vos commigo, exultae... Lá por detrás deste magestoso edificio, ainda no alto desta formosa collina, outro edificio igualmente magestoso se levanta. Suas linhas severas e nobre se casam com as deste. Sob o seu tecto, em confortaveis recantos, descansam os desvalidos da fortuna, que o bom samaritano recolheu na beira da estrada. Notae como se refazem nas energias combalidas. E depois, voltam para seus lares, sorridentes, entoando bençams, murmurando louvores, ciciando preces. E deixam após si a lição do seu ensino, para que a mocidade se adextre na pratica de lenir outras dores, suavisar outros soffrimentos, enxugar outras lagrimas...

Essa visão da fé é o nosso hospital de clinicas, realisação de velhos ensejos, objectivação de um vivo ideal!

* * *

E assim, ficou completa a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Foi semente, nasceu, cresceu, ficou grande. E cumpre com honra sua nobre missão, dando frutos a cento por um.

Bemditos, pois, todos aquelles que lhe fizeram o porte de gigante!"

O dr. Reynaldo Porchat, antes de encerrar a sessão, — declarou, — desejava proferir, tambem, algumas palavras, não desejando permanecer calado naquella festa em que todos tinham o que dizer, da grandeza da obra realisada e da grandeza do seu realisador.

Referiu-se longamente o sr. reitor da Universidade á cerimonia da entrega do estandarte que os academicos de Medicina offertavam aos academicos da Faculdade de Philoſophia, Sciencias e Letras, acto esse que lhe merecia os mais vibrantes applausos. A união perfeita entre os alumnos das diversas Faculdades de que se compõe a

Universidade, não deixaria de repercutir extraordinariamente no seio da sociedade, cujo nível cultural todos se propunham elevar.

A personalidade do professor Arnaldo Vieira de Carvalho mereceu-lhe, depois, todas as suas palavras, palavras de entusiasmo pelo organizador e de amizade pelo amigo. Concluiu a sua breve oração, dizendo que acreditava estar Arnaldo Vieira de Carvalho presente áquella cerimonia, a qual festejava o 25.º anniversario da sua obra.

Depois dos agradecimentos dirigidos ao sr. interventor federal, aos representantes officiaes e á assistencia, o sr. reitor da Universidade deu por encerrada a sessão e as commemorações do 25.º anniversario da installação dos cursos da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo.

Creação do Departamento de Psychopathologia. — Foi assignado em abril o decreto n. 9.104, creando o Departamento de Psychopathologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, cujos fins são os seguintes :

a) investigar e esclarecer as causas predisponentes e determinantes das desordens mentaes particularmente entre nós ;

b) encontrar os meios necessarios para a sua prophylaxia, alivio ou cura ;

c) proceder ás experiencias necessarias á melhor elucidação de diagnosticos e pesquisas de anatomia, phisiologia, normaes e pathologicas.

Paragrapho unico — Enquanto a Faculdade de Medicina não dispuzer de uma Clinica Psychiatrica propria, o Departamento funcionará nas dependencias da Assistencia Geral a Psychopatas, onde serão dadas as aulas daquella disciplina.

A Assistencia Geral a Psychopatas fornecerá mediante requisição do professor da cadeira de Clinica Psychiatrica e dentro das suas possibilidades o material clinico e de laboratorio e demais elementos necessarios ao funcionamento do Departamento.

Nomeações. — Foram nomeados os drs. Fernando de Oliveira Bastos, d. Ursulina Penteado Bueno e Henrique Mendes, para exercerem, respectivamente, os cargos de primeiro, segundo e terceiro assistentes da 24.ª cadeira (Clinica Psychiatrica) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Dr. Benjamin Zilberberg, para exercer o cargo de 3.º assistente da 23.ª cadeira (Clinica Bernathologica e Siphyligraphica) da Faculdade de Medicina ; dr. José Martins Costa, para exercer o cargo de 1.º assistente da 27.ª cadeira (Clinica Urologica) da Faculdade de S. Paulo.

Assistencia Geral a Psychopathas

Posse do novo director. — O sr. Francisco Marcondes Vieira, novo director da Assistencia Geral e Psychopathas, tomou posse, no dia 18 de Abril, ás 14 horas, do seu cargo.

O predio da avenida Brigadeiro Luiz Antonio, n. 651, séde de Assistencia, achava-se por aquella occasião literalmente occupado por pessoas de nosso mundo official, medicos, amigos e admiradores do novo dirigente daquelle departamento da administração publica

de São Paulo. Representantes de todos os secretarios de Estado, os srs. Synezio Rangel Pestana, Flaminio Favero, Waldomiro Pires, Pacheco e Silva, respectivamente, director da Santa Casa, da Faculdade de Medicina, da Assistencia a Psychopathas do Rio e ex-director da de S. Paulo, além de outras pessoas, ali se achavam presentes.

Transmittindo o cargo, que até esta data vinha occupando o professor Pacheco e Silva, proferiu

ligeiro discurso. Depois de suadar o sr. Marcondes Vieira, agradeceu aos antigos companheiros da Assistencia a collaboração que recebeu durante os 15 annos em que exerceu o cargo do director. Solicitou do novo director o proseguimento da campanha benemerita e humanitaria de dar aos infelizes, cuja razão sossobrou o tratamento que merecem "Ha ainda uma tarefa immensa a realisar, para que o nosso Estado fique perfeitamente aparelhado para assistir todos os doentes mentaes necessitados de amparo" — declarou o professor Pacheco e Silva.

A seguir, o sr. Argemiro Siqueira falou em nome de todos os funcionarios daquelle departamento Saudando o sr. Marcondes Vieira. O orador disse entre outras coisas o seguinte :

"Estou certo que a obra iniciada por Franco da Rocha não sofrerá solução de continuidade, não pela amizade que te consagro, mas pelas credenciaes que te fizeram galgar os degraus desta directoria". Proseguindo accentuou :

"Diz-me o coração de amigo, diz-me a observação de velho companheiro de trabalho que o pesado fardo não tombará de teus hombros e que mais pesado ainda o deporás sobre quem te succeder. E' essa a profissão de fé que em sã consciencia eu faço pe.a tua gestão e sem temer da responsabilidade que este acto encerra : sciente que me ouvem não só os companheiros de trabalho e os teus amigos que mais de perto te espreitam, mas tambem o governo e a alma soffredora dos alienados do nosso Estado." — concluiu o sr. Argemiro Siqueira.

Finalmente, fez uso da palavra o sr. Francisco Marcondes Vieira. S. s. disse que procurará dedicar-se ao estudo e solução dos problemas sempre graves e assobrantados que de continuo, sóem preoccupar os que têm a seus hombros o onus tremendo de dirigir serviços como os da Assistencia a Psychopathas.

"Nesse afan — disse o orador — posso assegurar-vos, não esmorecerei jamais, afim de corresponder a generosa confiança que em mim depositaram os poderes publicos de minha terra, nesta hora decisiva da nacionalidade — em que são reclamados todos os esforços de cada um de nós. Ninguém desconhece os obstaculos da jornada a percorrer. Foi assim com Franco da Rocha ; tem sido assim com Pacheco e Silva. Ha de ser sempre assim. Mas, por isso mesmo que a estrada é pedregosa e áspera, deve o viajor se prevenir convenientemente antes de encetar a viagem. Eu me conheço bastante para me não encher de orgulho vão, ao receber esta investidura. Circumstancias especialissimas determinaram este acontecimento para mim inesperado. na minha vida de funcionario publico, cuja carreira sempre se me afigurou gostosamente encerrada no posto em que me achava. Chamado a succeder ao meu illustre amigo, accedi ao imperativo do convite no fermal proposito de seguir as pegadas de Pacheco e Silva, nas directrizes administrativas que fizeram da Assistencia, nos largos annos de sua gestão, um departamento modelar na administração paulista".

Terminando, resaltou as innumeradas iniciativas realizadas pelo ex-director, sr. Pacheco e Silva.

Dr. V. Felix de Queiroz

Homenagem. — Realizou-se no dia 6 de abril no salão de festas do Automovel Clube, o banquete offerecido ao dr. V. Felix de Queiroz por um numeroso grupo

de amigos e admiradores, em regosio pelo seu brilhante concurso para livre docencia de clinica gynecologica da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Essa festa de amizade, que decorreu animada e num ambiente de grande cordialidade, reuniu, em torno do dr. V. Felix de Queiroz elementos de grande destaque no meio medico de São Paulo.

Saudou o homenageado o dr. Mesquita Sampaio, que, em brilhante discurso, fez um apanhado da sua rapida e brilhante carreira scientifica e a projecção do seu nome na classe medica nacional.

A essa saudação, o dr. V. Felix de Queiroz, que reúne á sua grande capacidade profissional uma inspirada veia poetica, respondeu com a seguinte oração, que foi calorosamente applaudida :

"Meus amigos — Vendo todos reunidos por um mesmo sentimento e formando no conjunto uma porção de amigos, é que se pôde avaliar, avaliar no seu valor, em toda sua grandeza e na sua plenitude, esta palavra — AMIZADE.

Si tenho, desde menino, lutado com sacrificios para ter na Medicina a honra que nos sublima : si tenho tido tristezas, encontrado dissabores, desillusões e tropeços e

tantas outras artesas difficeis de lapidar, para tornar mais perfeito o crystal da nossa vida, hoje, no entanto, parece que nada disso existiu, ao carinhoso agasalho desta feliz amizade.

Creio, seria irrisorio si eu quizesse traduzir numa palavra ou discurso, o quanto me significa esta prova de carinho ; como seriam ineffaveis toda a minha gratidão e toda minha amizade !

Mas todos os meus amigos estão vendo de sobejo que, p'ra isso, não preciso de palavras ou de gestos nem de lances de oratoria... — estão vendo nos meus olhos uma agrima irrequieten a saltar, não de tristeza, mas só de contentamento, qual se fôra uma criança que, ao receber um presente, amigo e bom como este, na confusão da alegria não sabe se ri, se chora e muitas vezes se esquece de dizer muito obrigado...

Para que tal não succeda, meu coração vae na frente, repetido de gratidão, desejando aos meus amigos, no decorrer da existencia, a immensa felicidade que sinto neste momento !"

Centro Academico Luiz Pereira Barreto

Posse da nova Directoria. — Realizou-se no amphitheatro da Escola Paulista de Medicina, a cerimonia da posse da nova directoria do Departamento de Cultura Scientifica do Centro Academico "Pereira Barreto".

A reunião alcançou pleno exito, tendo comparecido á mesma grande numero de academicos e representantes do corpo docente do conhecido estabelecimento de ensino superior desta Capital.

A directoria que tomou posse é composta do presidente doutorando Paulo de Vilhena Moraes e secretarios doutorandos Cid Sanches Bittencourt e Heribaldo Lovverso.

Como enviado especial esteve presente á sessão o prof. Jairo

Ramos, cathedratico da Escola Paulista de Medicina.

Iniciando os trabalhos, falou o sr. Wladimir Gomes Ferraz, ex-presidente do referido Departamento, que pronunciou algumas palavras de congratulações a seus collegas componentes da nova directoria, formulando votos para o desenvolvimento sempre crescente da instituição. Fazendo o relatório da directoria passada, dissertou sobre os trabalhos levados a effeito, salientando os esforços dispendidos e declarando que sem poupar sacrificios, procurará levar a effeito todos os objectivos do programma que traçara ao assumir o cargo. Com a melhor boa vontade e energia pessoal realizará o maximo que lhe fôra possivel

afim de tornar sempre mais acaadada nos meios academicos paulistas a conhecida associação dos estudantes de medicina.

A seguir, foi dada posse á nova directoria, tendo o novo presidente, doutorando Paulo de Vilhena Moraes proferido algumas palavras encarecendo o significado da cerimonia que se realizava.

Depois, os doutorandos Aruleno Santos Novaes e Paulo de Vilhena Moraes apresentaram o seu tra-

balho sobre "Cystos gazosos congenitos supurados do pulmão", trabalho este que foi bastante apreciado pelos participantes da reunião.

Antes do encerramentos dos trabalhos o prof. Jairo Ramos dirigiu-se aos estudantes incitando-os a proseguir em sua util iniciativa, a qual apresenta reaes beneficios, estimulando o aperfeiçoamento dos conhecimentos scientificos entre os academicos.

Dr. Carlos Napoleão La Terza

Homenagem. — Tendo regressado ha pouco da Europa, o dr. Carlos Napoleão La Terza, illustre facultativo em Santos, foi alvo de eloquente manifestação por parte de seus amigos, tendo sido saudado pelo dr. Castro Siqueira, delegado de Saude daquella cidade O dr. Carlos N. La Terza proferiu o seguinte discurso de agradecimento :

"Meus prezados amigos.

Não me é possivel traduzir e extenar aqui, com a fidelidade bem do meu desejo, o conjunto de emoções que, aos turbilhões, povoam o meu espirito deante desta communicativa festa, de franca e sincera amizade, neste lindo e formoso banquete, ornamentado com as flores de vossa agradável preseança e perfumado com o olôr que evolva da vossa confortadora e inebriante sympathia.

Hontem, no dia de nossa partida, fomos alvos de uma commovente manifestação de despedida, cheia dos votos de "bôa viagem" que sempre nos acompanharam pelo que tantos são os nossos agradecimentos; e, hoje, depois da carinhosa recepção no dia de nossa chegada, sublimada, nesta manhã, na igreja do Rosario, em missa por nimia gentileza offerecida e officiada pelo nosso estimadissimo amigo e virtuoso sacerdote que é monsenhor Rizzo, — nos ajudastes a louvar a Deus pelo nosso regresso feliz ao céu desta abenço-

da terra, no convivio confortador de sua bôa gente.

E, agora, como se não bastasse tamanha prova de amizade christã, vindes nos reafirmar a segurança de vossa honrosa estima, neste ambiente de intensa e inequivoca affectividade.

Muito acima e muito longe dos merecimentos que a generosidade da vossa attitude vem de me attribuir pela palavra insinuante e transbordante de carinhos do vosso illustre orador, nobilissimos sentimentos, o meu velho e dilecto amigo Castro Simões, secundado pela gentileza de Horacio Brandão — este movimento de amistosso convivio e de tocante demonstração de camaradagem, que tanto me sensibiliza e me captiva, é, antes, uma das irradiações sem conta das vossas almas prodigas de bondade e um dos lances bem caracteristicos dos vossos generosos corações.

Muito me commove e me confunde este vosso gesto fraternal que, como tantos outros com que me tendes obsequiado, nesta viagem e me tem proporcionado agradaveis momentos de intima e infinita satisfação.

Meus caros amigos :

A realização desta viagem constituiu para mim a realização de um sonho que alimentei, por muitos annos, através da fantasia da imaginação e, — ao effectual-a — á medida que me ia afastando des-

te meu cantinho, privado da assistência dos amigos e do ambiente de trabalho, eu começava a sentir uma sensação já mais sentida, que, dia para dia, mais se accentuava e que, com o correr do tempo, já me parecia uma tortura.

Um irreprimível anseio de voltar que não se desvanecia com nenhuma distração imaginável, dava-se a impressão de um soffrimento d'alma.

Era a saudade que me dominava: as horas e os dias fluíam de baixo de uma sensação afflictiva, na esperança do dia do regresso.

Só, então, pude avaliar — como o cantor da Canção do Exílio — as horas de profunda nostalgia por que passam os condemnados a viver longe dos seus.

Viajar é muito bom e muito se aprende numa viagem de estudos.

A Europa é linda; é rica de bellezas e de encantos, de historia, de disciplina e de lutas; de monumentos e museus; de artes e de sciencias; mas... meus bons amigos, a despeito de tudo isso...

"Nossas varzeas têm mais flores
Nosso céu tem mais estrelas.
Nossa vida, — mais amores!..."

Não fosse necessario executar um programma preestabelecido, e, de ha muito, estaria novamente entre vós.

Eis porque, agora, mais do que ninguem, compreendendo e sentindo a magnanimidade dos vossos desejos de felicidades, outras tantas vezes felizes nas vossas pessoas e nos vossos sagrados lares, eu vos quero ao redor de mim, com a garantia absoluta da minha maior gratidão".

ASSUMPTOS DE ACTUALIDADE

1.º Congresso Pan-Americano de Endocrinologia

Sua breve realização. — Promovido pela Academia Nacional de Medicina, realiza-se no Rio de Janeiro, de 17 a 23 de Julho proximo, sob o patrocínio do Governo da Republica o 1.º Congresso Pan-Americano de Endocrinologia.

O Congresso obedecerá ao seguinte programma scientifico:

Secção de Endocrinologia Experimental: "Funções da região diencephalo-hypophysaria. Relatores: Profs. Bernardo Houssay e Biasotti (Buenos-Aires) e Thales Martins.

Secção de Endocrinologia Clínica: "Formas atypicas e frustadas da insufficiencia supra-renal". Relatores: Profs. Garcia

Otero (Montevideo) e H. Annes Dias.

Secção de Endocrinologia Cirurgica: "Cirurgia das parathyroides". Relator: Prof. Alfredo Monteiro.

Secção de Therapeutica Endocrinica: "O choque hypoglycemico em psychiatria". Relator: Prof. Henrique Roxo.

Secção de Endocrinologia Medico-social: "Endocrinologia e Orthogenese". Relatores: Profs. Mussio Fournier (Montevideo) e J. Moreira da Fonseca.

As inscripções (25\$000) devem ser feitas na sede da Academia Nacional de Medicina, á Avenida Augusto Severo 4, com o Thesoureiro Pharmaceutico Alfredo Moreira.

III Congresso Brasileiro de Orthopedia e Traumatologia

Sua realização em Recife. — O III Congresso Brasileiro de Orthopedia e Traumatologia realizar-se-á em Recife, a 1, 2, 3 de julho proximo, sob a presidencia do prof. Barros Lima e por iniciativa da Sociedade Brasileira de Orthopedia e Traumatologia.

Além das theses officiaes, "fracturas do tornozelo" e "sequelas da paralisia infantil" que terão como relatores os Drs. Orlando de Sousa Pinto e Corrêa do Lago, Godoy Moreira e Achilles Araujo, serão apresentadas valiosas contribuições por especialistas de renome, quaes sejam, profs. Rezen-

de Puech, Barros Lima, Barbosa Vianna, Fernando Luz, drs. Domingos Define, Godoy Moreira, Achilles Araujo, etc.

Qualquer medico pode tomar parte no Congresso, fazendo communicações, discutindo os trabalhos apresentados e comparecendo ás solennidades, mediante uma contribuição de cem mil réis... (100\$000), fixada em regimento, na qualidade de adherente ao Congresso.

Endereço do Secretario do Congresso; dr. Bruno Maia, Clinica Cirurgica e Orthopedica-Hospital S. Amaro-Recife.

NOTAS THERAPEUTICAS

Vitaminotherapie

Associação da Vitamina C ao Calcio-Sinkol. — A vitaminotherapie entrou nestes ultimos annos na sua phase decisiva.

As controversias de inicio forma pouco a pouco se desfazendo a ponto do capitulo de vitaminologia ser um dos mais aclarados da sciencia biologica.

A vitamina C está hoje em dia grandemente estudada e é possivel tanto se obter naturalmente pelo processo analytic como artificialmente pelo methodo synthetico. E' um producto chimicamente definido com as suas characteristics reaccionaes.

Aproveitando o ensejo desta perfeição chimico-biologica, varios destacadas figuras da Classe Medica, lembraram-se de administrar a vitamina C e o Calcio-Sinkol em dias alternados ou no mesmo dia em duas picadas, a vista disso, foram iniciadas experiencias chimi-

co-pharmaceuticas afim de ser obtido em uma só injectão os elementos medicamentosos desejados.

Vencidas todas as difficuldades technicas, foi possivel obter uma perfeita preparação pharmaceutica que foi denominada *Calcio-Sinkol vitaminico*, valorizando ainda mais a acção de cada um de per si: o acido ascorbico es-calcio-cholina.

Esta formula pharmaceutica vem corroborar a efficiencia da clinica therapeutica na debellação de um sem numero de males, todos elles mais ou menos correlatos.

Para combater estados hemorragiparos o acido cevitamico é muitas vezes um optimo elemento medicamentoso mas que por si só nem sempre dá os mais amplos resultados. O mesmo acontece com a mistura glyconato-pyruvato de calcio.

Associando-se entretanto a solução de ~~cholina~~ calcica á vitamínica, obtem-se mais bellos fructos, mais francos successos.

O chlorhydrato de cholina ajuda ainda mais a acção medicamentosa dando uma sensação de bem estar indizível.

Quaes são as indicações do *Calcio-Sinkol vitaminico*?

A tuberculose sob todos os seus aspectos, mórmente nos estados congestivos. E' o *Calcio-Sinkol* mais Vitamina-C- um antihemoptico por natureza.

Afóra a tuberculose e os estados de "fraqueza pulmonar" é summamente indicado na syndrome constituida por fracturas facéis e escleroticas azues, na osteomalacia, na osteoporose, no mal de Pott, na coxalgia, na osteochondrose juvenil, etc.

A indicação é preremptoria no escorbuto, mal que Camões tão bem descreveu nos Lusíadas :

E foi que de doença crua e feia,
A mais que eu nunca vi, desampararam
Muitos a vida ; e em terra extranha e alheia
Os ossos para sempre sepultaram.
Quem haverá que, sem o vêr, o creia ?
Que tão disformemente alli lhe incharam
As gengivas na bocca, que crescia
A carne, e juntamente apodrecia !

Na pelyose rheumatismal, na purpura hemorrhagica em diversas outras discrasias sanguineas a Vitamina-C- aliada á Cholina e aos saes de Calcio tem a sua indicação therapeutica precisa.

Além disto em todos os depauperamentos organicos, o *Calcio-Sinkol vitaminico*, é um producto que de muito se póde pedir, porquanto muito pode dar com energia e rapidez.

A questão está em ensaiar e o merito em insistir.

Chimiotherapia da Gonococcia

O estado actual da questão.

— Barbellion, assistente da Clinica Urologica do Hospital Necker — Paris, resalta que, actualmente, dois são os tratamentos classicos da blenorragia. Suas provas já se fizeram. São elles :

1.º O tratamento abortivo pelo argyrol, medicação ideal para uma gonorrhéa em inicio.

2.º As grandes lavagens pelo permanganato de potassio, segundo o methodo de Janet, como medicação basica de uma blenorragia em evolução.

Quanto ás vaccinas, o A. não se mostra muito entusiasta. Apenas admite as que tenham, ao lado da sua especificidade, acção proteinica e pyretotherapica bem pronunciadas.

Ora, nem sempre o tratamento abortivo actua efficaçmente. Por sua vez, as grandes lavagens têm tido insuccessos. Dahi, portanto, a procura natural, de um melhor

tratamento que, applicado por todo o organismo, não actue unicamente na urethra.

Tal tramento é a *chimiotherapia*, isto é, productos chimicos de fraca *organotropia*, ao lado de forte *parasitotropia*, capazes de se espalharem por toda a economia, destruindo o microbio, sem lesar o organismo.

Dentre esses medicamentos, Barbellion destaca a gonacrina. Della se mostra decidido partidario e entusiasta dos maiores.

Sabe-se das vantagens e dos inconvenientes da *gonacrine* :

Supprime o tratamento local adstringente, que, quando mal applicado, é factor de complicações ; facilidade de padronisação.

Contra si, tem ella o aborrecimento das injeções endovenosas, a esclerose da veia, a photo-sensibilisação dos tegumentos e, ainda rarissimas vezes, repercussões hepaticas e renaes.

No entanto, suas vantagens são bastante nitidas na maioria dos casos.

Em certos casos, o A. associa á gonacrine capsulas de santal, urotropina, salol. Cada dois ou tres dias, injeção endovenosa de 5cc. da gonacrine a 2%. Diariamente, por via oral, 6 a 8 capsulas de santal, urotropina e salol. Este tratamento, instituido durante 10 dias, produz logo enorme melhora, traduzida por supressão da dor, atenuação consideravel do corrimento, ausencia de complicação. Passados os 10 dias de tratamento, Barbellion o suspende e recorre, então, ás grandes lavagens. Estas, que não serão mais perigosas, trarão cura rapida e completa.

Uma outra grande vantagem do uso da gonacrine, posta em destaque pelo A., é ella evitar ainda complicações epididymaes ou articulares.

Se a gonacrine não tem efficacia notavel em todos os casos, presta, contudo, grandes serviços em determinadas circumstancias. Dahi, pois, julga Barbellion merecer ella justificadamente um logar destacado em urologia.

Neste seu trabalho, escripto com bastante clareza e com feição eminentemente pratica, o A. enumera ainda os novos productos chimiotherapicos, ultimamente introduzidos em therapeutica. Agrupados em tres ordens:

a) Productos a base do 1.162 de Fournau (nomes citados — septoplax, neococyl);

b) Productos vizinhos do 1.162 do Fournau (prontosil, septazine, soluseptazine, são mencionados);

c) Productos sulfonicos (ulirone, rodilone, nomes citados).

Confessa que a sua experiencia pessoal só se fez com o septoplax (um do nomes patenteados da para-amino-phenyl-sulfamida, isto é, o 1.162 de Fournau).

Dá apenas uma impressão geral, visto não haver terminado ainda a sua experimentação.

Na dose de 3 a 4 grs. por dia (durante 10 a 15 dias), o septo-

plix se mostrou bastante efficaz contra o gonococco.

Blenorrhagias prolongadas ou chronicas, que haviam resistido ás lavagens e ás vaccinas, ficaram curadas, na maioria das vezes, em uma semana.

Gonorrhéas agudas em início curaram-se rapidamente, sem outro tratamento. Contudo, ellas são mais resistentes ao tratamento do que as blenorrhagias antigas.

Em *blenorrhagias sub-agudas recentes*, o 1.612 de Fournau + injeção diaria de argyrol a 10% e + vaccina antigonococcica (Demonchy, por exemplo) cada dois dias realiso um tratamento *super-abortivo* de primeira ordem. A cura se installa em alguns dias, ao passo que o tratamento abortivo ordinario não daria resultado.

Num *conjuncto geral de casos sub-agudos*, a adjução de um leve choque vaccinal pyretogeno ao 1.162 de Fournau, assim nos diz Barbellion, parece augmentar consideravelmente a sua efficacia.

Um outro producto, que merece ser resaltado, é o rodilone, isto é, o di-(para-acetyl-amino-phenyl)-sulfona. O A. destaca o facto desse producto haver dado, nas mãos de Durel, 20% de successos, quando usado sozinho na dose diaria de 4 a 5 grs. Associado ás grandes lavagens e na dose de 2 grs. 50 por dia, o rodilone produziu 80% de bellos resultados.

Póde-se concluir que os novos medicamentos chimiotherapicos apresentam acção indiscutivel e notavel sobre o gonococco. Para Barbellion, constituem elles novidade therapeutica bem interessante, merecedores da mais ampla experimentação. Promette - nos mesmo ultteriores estudos sobre os resultados que obtiver.

Para terminar, registre-se o facto, de ordem pratica, do doente ter de se abster de qualquer purgativo sulfatado (sulfato de sodio ou sulfato de magnesio), quando em uso desses medicamentos chimiotherapicos sulfamidados ou sulfonicos, afim de evitar provavel sulfo-hemoglobinuria.

Lutz, Ferrando & Cia. Ltda.

RIO DE JANEIRO — SÃO PAULO

Rua Direita, 33 - Phone, 2-4998 - São Paulo



CIRURGIA :

Moveis asepticos, Salas de operações e esterilizações. Instrumental cirurgico.

Montagem completa para Hospitais e Casas de Saude.

CHIMICA :

Microscopia, Bacteriologia, Physica, Historia Natural. Corantes e Reagentes para Laboratorios.

Material de Leitz.

ELECTRICIDADE :

Instalações completas de aparelhos de Raios X.

Electricidade medica, Diathermia, Ultra-violeta.

Infra-vermelho.

ATROVERAN

sem entorpecentes

O mais energico medicamento contra os *espasmos dolorosos* do pyloro, do colon, da vesicula biliar, dos bronchios (asthma), dos ureteres, do utero, etc.

A' base de papaverina, belladonna, meimendo e boldo XX a XXX gottas por 2 a 3 vezes ao dia.

LABORATORIO GROSS - RIO

ESTUDOS CIRURGICOS - (2.^a Série)

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Um volume fartamente illustrado em papel glacê, abordando questões de cirurgia gastrica, de vias biliares, do pancreas, do intestino, dos ossos, do ovario, da lepra, etc., e pondo na ordem do dia os problemas do tentano.

PREÇO 25\$000

PEDIDOS AO AUTOR: CAIXA POSTAL, 1574 — SÃO PAULO

2

es.

le.

il.